

Universidade de Lisboa
Instituto de Ciências Sociais



Envelhecimento Ativo e o recurso à Medicina Tradicional Chinesa: entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde

Manuel André Simões Homem Cristo António

Tese orientada pela professora Doutora Cristiana Lage Bastos e pelo professor Doutor Luíz Fernando Dias Duarte

Doutoramento em Antropologia
Especialidade de Antropologia da Saúde

Apoio financeiro da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do Programa Operacional Potencial Humano do QREN Portugal 2007-2013
(Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/68908/2010)

2014

Agradecimentos

A realização desta tese de Doutorado beneficiou da contribuição preciosa de diversos intervenientes, em relação aos quais sinto uma profunda gratidão. Gostaria de agradecer muito a enorme disponibilidade manifesta pelos meus interlocutores, que se prestaram à realização das minhas entrevistas, assim como, a tolerarem, nalguns casos, a minha presença nos seus locais de trabalho. Sem eles esta tese teria sido impossível. E, por isso mesmo, agradeço-lhes profundamente o seu contributo, mas, também, a sua enorme simpatia e, até mesmo, o entusiasmo que demonstraram relativamente à realização da minha investigação. Por outro lado, a tese beneficiou muito da orientação científica da minha orientadora, a professora Doutora Cristiana Bastos, a quem muito agradeço pelos seus comentários críticos, que foram decisivos para que, em certos momentos cruciais, a investigação seguisse o rumo acertado, possibilitando a presente dissertação final. Agradeço-lhe, também, por ter estabelecido o meu contacto com a professora Doutora Nancy Chen da Universidade da Califórnia Santa Cruz, cuja orientação foi essencial para que, no período de pesquisa em Santa Cruz, alcançasse os resultados pretendidos. Agradeço muito, também, a coorientação do professor Doutor Luíz Fernando Dias Duarte da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelos seus comentários críticos, mas, também, pelo apoio que me dispensou durante o meu período de pesquisa no Rio de Janeiro. Pois, dos meus períodos de pesquisa nestes dois contextos, Santa Cruz e Rio de Janeiro, guardo, não apenas a orientação científica dos professores Nancy Chen e Luíz Dias Duarte, mas, também, a sua extrema amabilidade, que eu recordarei sempre!

Agradeço à Fundação para a Ciência e Tecnologia, pelo apoio financeiro, mas, de uma forma mais geral, agradeço à sociedade portuguesa, esperando que esta tese possa ser um contributo, ainda que muito modesto, para a construção de um futuro melhor.

Gostaria, também, de endereçar uma palavra de profundo agradecimento à minha família e aos meus amigos, que me apoiaram muito ao longo de todo este processo - sabendo que, ao longo dos 4 anos que levei para concluir esta tese de Doutorado, muita coisa se passou – e, também, à Margarida, por este último ano maravilhoso de partilha. Agradeço-vos muito por terem estado sempre comigo e serem a minha raiz! Por último, expressar a minha enorme gratidão para com as minhas avós, pelo seu afeto, e para com os dois avôs, pela memória do seu exemplo.

Resumo

Na presente dissertação procuro analisar o recurso da população idosa à Medicina Tradicional Chinesa (MTC), tendo em conta o conceito de “Envelhecimento Ativo”, elaborado pela Organização Mundial de Saúde e que tem vindo a ser promovido pela União Europeia (UE), na base de um novo paradigma que deve sustentar as políticas públicas dos estados membros a respeito do envelhecimento demográfico.

A MTC, tendo vindo a ser definida pela sua ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença, pode constituir-se como um recurso válido para a promoção de uma postura de responsabilidade individual dos idosos sobre a sua saúde, ao encontro do paradigma do Envelhecimento Ativo. No entanto, com base nos dados recolhidos através da realização de uma etnografia multi-situada, realizada em três contextos distintos – Santa Cruz, na Califórnia (EUA), Rio de Janeiro, no Brasil, e, sobretudo, Lisboa, em Portugal – argumento que a responsabilidade individual referente à adoção de um estilo de vida saudável deve ser pensada em função de uma análise dos fatores sociais determinantes da saúde, especialmente num contexto de crise económica, como aquele em que se encontra atualmente a sociedade portuguesa. Para além disso, os dados recolhidos apontam no sentido de que a promoção política do paradigma do Envelhecimento Ativo deve ser pensada em conjunto com transformações sociais e culturais abrangentes, nomeadamente, a regulamentação legal da MTC atualmente em curso em Portugal, alterações no campo da Biomedicina, e uma redefinição do Estado Social, possivelmente em curso, nos países da UE.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo; Medicina Tradicional Chinesa; Estilo de vida saudável; Fatores sociais determinantes da saúde

Abstract

In my thesis, I analyze the use of Traditional Chinese Medicine (TCM) by senior citizens, in the context of a growing political interest in the promotion of Active Ageing, as a new health paradigm.

Active Ageing was designed by the World Health Organization (WHO), and adopted by the European Union (EU), as a policy framework to face the problems presented by an ageing population. On the other hand, TCM has been defined for its emphasis on the promotion of health and prevention of disease and can constitute a valid resource to the promotion of senior citizens' own responsibility for their health, in accordance with the Active Aging paradigm.

Nevertheless, based on my research - a multi-sited ethnography, concentrated mainly in Lisbon, Portugal, and considering also Santa Cruz, in California (USA) and Rio de Janeiro, in Brazil – I argue that individual responsibility for health, namely the adoption of a healthy lifestyle, must be dealt with a profound regard to the importance of the social determinants of health, especially in a context of economic crisis, like the one Portugal is now facing. Throughout this thesis I will also argue that the political implementation of Active Ageing must be understood in conjunction with several, apparently unrelated, issues. Namely, the regulation of TCM and transformations in the field of Biomedicine, and a redefinition of the Welfare State, possibly, taking course in EU, at the present moment.

Key Words: Active Ageing; Traditional Chinese Medicine; Healthy Lifestyle; Social Determinants of Health

Índice

Introdução.....	9
------------------------	----------

Capítulo I.

O Envelhecimento Ativo e a Medicina Tradicional Chinesa.....	20
---	-----------

Envelhecimento Demográfico: a realidade portuguesa.....	23
---	----

Envelhecimento Ativo: estilos de vida saudáveis e fatores sociais determinantes da saúde.....	28
---	----

Envelhecimento Ativo e envelhecimento demográfico: o comportamento individual como solução de um problema social, nos países da União Europeia.....	38
---	----

Envelhecimento Ativo e o recurso à Medicina Tradicional Chinesa.....	43
--	----

Algumas definições concetuais, importantes para o estudo do Envelhecimento e do recurso à Medicina Tradicional Chinesa.....	48
---	----

Capítulo II.

Metodologia.....	54
-------------------------	-----------

Capítulo III.

A responsabilidade individual sobre a saúde: um pilar fundamental do Envelhecimento Ativo.....	69
---	-----------

Promoção da responsabilidade individual perante a saúde, e da participação ativa no tratamento, na prática clínica dos terapeutas de MTC e médicos-acupunctores.....	72
--	----

Assunção de responsabilidade individual perante a saúde por parte dos pacientes idosos: a autoridade última do paciente.....	86
--	----

Responsabilidade individual sobre a saúde e participação ativa do paciente: Pluralismo Terapêutico, Salutocracia e Envelhecimento Ativo.....	95
--	----

Capítulo IV.

Os Fatores Sociais Determinantes da Saúde.....108

Os Fatores Sociais Determinantes da saúde: limites da responsabilidade individual sobre a saúde.....111

Envelhecimento Ativo e as desigualdades na detenção de diferentes tipos de capital: social, cultural e económico.....115

Capítulo V.

Capital Social.....119

Capital Social: dois casos extremos.....119

O “engajamento ativo com a vida” como origem e consequência do capital social...128

A Sociedade Portuguesa de Naturalogia: um caso extremo.....129

Chi Kung em Oeiras: o grupo dos instrutores voluntários.....139

Reflexão final: Envelhecimento Ativo e capital social.....145

Capítulo VI.

Capital Cultural.....159

A cultura como um fator social determinante da saúde.....162

A reflexão antropológica aplicada à prática clínica de MTC.....166

A análise antropológica comparativa (“cross-cultural”) das representações sociais da velhice.....177

Limitações da análise antropológica “cross-cultural” do problema social do envelhecimento.....182

Da análise “cross-cultural” à análise social das desigualdades individuais na detenção de capital cultural.....187

Reflexão final: Envelhecimento Ativo e capital cultural.....196

Capítulo VII.

Capital Económico	208
O capital económico e a saúde dos idosos, em Santa Cruz, na Califórnia (EUA): Tai Chi contra a Artrite num condomínio social para idosos	210
O capital económico e a saúde dos idosos, no Rio de Janeiro, Brasil: da prática da acupuntura no Sistema Único de Saúde e nas favelas, aos consultórios privados da Zona Sul	223
A acupuntura-médica no Sistema Único de Saúde (SUS).....	224
Acupuntura no Rio de Janeiro, das favelas da Rocinha e Pavão-Pavãozinho aos consultórios privados no Leblon: a “função social” da acupuntura.....	233
O capital económico e a saúde dos idosos, em Lisboa, Portugal: a crise socioeconómica	245
O Projeto Alternativo de Saúde (PAS), em Almeirim: a atividade laboral na base das patologias dos idosos carenciados.....	249
Acupuntura nas Juntas de Freguesia de Lisboa.....	261
Junta de Freguesia de Santa Engrácia: as “doenças da sociedade”.....	262
Acupuntura comunitária nas Juntas de Freguesia de Santos-o-Velho, Sagrado Coração de Jesus e Alcântara: a relação entre terapeuta de MTC e paciente idoso, e o convívio entre pacientes, num contexto de crise económica e social.....	268
Reflexão final: Envelhecimento Ativo e capital económico.....	283

Capítulo VIII.

“No sossego da doença”: crítica antropológica ao Envelhecimento Ativo	301
Antropologia do Envelhecimento: o indivíduo, a cultura e o papel social.....	303
Envelhecimento Ativo e recurso à MTC: entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde.....	315

Conclusão.....	330
-----------------------	------------

Bibliografia.....	343
--------------------------	------------

Introdução

Na presente dissertação, analiso o recurso da população idosa à Medicina Tradicional Chinesa (MTC), em três contextos distintos: Santa Cruz, na Califórnia (EUA), Rio de Janeiro, no Brasil, e, sobretudo, Lisboa, em Portugal.

O aumento da esperança média de vida é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma grande conquista civilizacional (OMS, 2002). Ao mesmo tempo, o envelhecimento demográfico é apontado pela OMS, mas, sobretudo, pela própria União Europeia (UE), como estando na origem de sérios desafios, no que respeita à sustentabilidade económica e à coesão social, tendo em conta o acentuado envelhecimento populacional que afeta muitos dos seus países membros (cf. Decisão N.º. 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho).

Assim, o debate político em torno do tema do envelhecimento demográfico apresenta-se, quase sempre, marcado por uma certa tensão. E a resposta política que deverá conferir algum apaziguamento tem sido encontrada no Envelhecimento Ativo, enquanto paradigma de políticas públicas para fazer face ao problema social do envelhecimento demográfico, tal como ficou evidenciado pela celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, em 2012. Ou seja, a conquista civilizacional pode resvalar em desastre social, se não for orientada por políticas que promovam tanto a saúde individual como a saúde social, através da atividade.

É importante notar que a própria análise das ciências sociais ao tema do envelhecimento, não apenas demográfico, mas, também, no plano individual, como vivência subjetiva, é, também ela, plena de contradições. Identifico três tipos fundamentais de contradições, que revelam a complexidade deste tema, sendo que as duas primeiras, porque intrinsecamente relacionadas com questões de dimensão social, para além da esfera individual, são referência recorrente no discurso das entidades políticas europeias.

A primeira tensão refere-se ao papel da Biomedicina relativamente ao problema do envelhecimento demográfico. Por um lado, a OMS aponta o papel fundamental da Biomedicina, por exemplo, na transição de um padrão de doenças transmissíveis para as doenças crónicas, não transmissíveis, pelo menos nos países mais desenvolvidos (OMS,

2002). Por outro lado, vários investigadores questionaram, não apenas a extensão do papel da Biomedicina nestes sucessos, assinalando, de forma diversa, a extrema importância das melhorias na nutrição dessas populações, assim como, o impacto positivo das medidas de saúde pública (McKeown, 1979), como criticaram um processo de “medicalização” da velhice (Mykityn, 2006; Lock, 2003; Groisman, 2002; Cohen, 1998; Illich, 1976), pelo qual os idosos são remetidos a uma posição passiva de dependência dos cuidados médicos, e os estereótipos negativos a respeito da população idosa manifestam-se no comportamento dos próprios profissionais de saúde (Becker et al., 1995).

Alguns investigadores sustentaram estas críticas na observação da emergência de movimentos de promoção pela saúde (Minkler, 1989), entendidos, assim, como uma reação ao modelo biomédico de intervenção tardia sobre a doença, defendendo a importância da prevenção, dos estilos de vida saudáveis e dos cuidados primários (Lupton, 1995). A própria OMS, identificando a “Iatrogenia” - problemas de saúde induzidos pelos próprios métodos de diagnóstico ou tratamentos biomédicos - como uma importante causa de patologias entre a população idosa (OMS, 2002: 25), deu expressão oficial a esse movimento pela promoção da saúde (OMS, 1986), defendendo, por um lado, uma aposta clara nos cuidados primários de saúde, e, por outro lado, na promoção da saúde, assente numa postura ativa e responsável da população idosa (OMS, 2002).

Mas, apesar destas críticas à Biomedicina, observa-se que o conceito de “Envelhecimento Ativo”, na aceção da OMS, foi originado, em grande medida, a partir da investigação da área da Gerontologia (Kalache et al., 1997; Kalache, 2000; Row et al., 1987). A emergência do paradigma do Envelhecimento Ativo exige, assim, uma complexificação e aprofundamento da reflexão antropológica sobre o papel da Biomedicina na “medicalização” da velhice, como *locus* de difusão de duas tendências aparentemente contraditórias: uma promovendo a passividade do paciente idoso e a sua dependência, e outra promovendo a autonomia da população idosa, assente no paradigma do Envelhecimento Ativo.

A segunda tensão, premente no discurso das instituições políticas europeias, refere-se, como foi enunciado anteriormente, à forma como é entendido o

envelhecimento demográfico, ora como uma conquista civilizacional, ora encarado como problema social:

“A faixa da população da União constituída por indivíduos com cinquenta anos ou mais aumentará a um ritmo muito mais rápido do que se verificou até hoje. Isto é muito positivo, pois trata-se de uma consequência lógica de uma melhoria nos domínios da saúde e da qualidade de vida. Não obstante, devido a esta alteração demográfica, a União enfrenta uma série de desafios.” (Decisão N.º 940/2011/UE Do Parlamento Europeu e do Conselho, ponto 7)

Esta tensão pode, por vezes, atingir níveis extremos, como veio a acontecer no Japão - um país para o qual é importante olhar, porque, sendo uma das maiores economias a nível global, é, também, o país mais envelhecido do mundo - quando o argumento de que os mais velhos constituem um fardo social sobre os mais novos apareceu manifesto, de uma forma dramática, no discurso de uma figura relevante do Estado japonês:

“(…) foi a vez do ministro das Finanças, Taro Aso, protagonizar uma declaração imprópria, após dizer que os idosos em estado terminal deviam “se apressar e morrer” para poupar gastos do governo com a saúde pública. O político, de 72 anos, também disse que recusaria qualquer tipo de tratamento médico para prolongar sua vida. “Deus me livre de ser forçado a viver se quisesse morrer. Eu acordaria me sentindo cada vez mais pior sabendo que (o tratamento) foi todo pago pelo governo (...) O problema não será resolvido, a não ser que você deixe que eles se apressem e morram.” (*O Globo*, 22/01/13)

A terceira tensão refere-se à própria vivência subjetiva da velhice. A maior longevidade, enaltecida pelo discurso político como uma importante conquista civilizacional, representa, na prática da vida dos sujeitos, um prolongamento do que muitos autores consideraram como um período da vida marcado por sucessivas perdas - perda de saúde, perda do emprego, a morte de familiares e amigos, etc. - ao mesmo tempo que outros investigadores descreveram a Terceira Idade como um período marcado por iguais ganhos - ao nível da liberdade em relação às responsabilidades laborais e parentais, tempo para viajar, desenvolver novas aptidões, etc. (Dumazedier,1974; Guillemard,1986; Laslett,1987).

Na sequência dos argumentos destes diferentes autores, poderíamos colocar a questão de para quem é que o aumento da longevidade representa, sobretudo, perdas ou ganhos?

No meu entender, a resposta a esta questão necessita de uma reflexão prévia, de acordo com a qual observa-se que as diferentes tensões enunciadas, todas elas relacionadas com o paradigma do Envelhecimento Ativo, resultam da confusão entre duas ordens de fatores, da escala social à escala individual. Ou seja, se o envelhecimento demográfico é um problema social, e se o enfoque da Biomedicina, enquanto instituição social, deve ser alterado na direção de uma atenção privilegiada aos cuidados primários de saúde, no entanto, o comportamento individual dos sujeitos idosos é, também, convocado, em maior ou menor medida, por diferentes instituições internacionais (como a UE e a OMS), como parte integrante e fundamental dessa solução. Por outro lado, indo ao encontro da questão anterior, se a vivência subjetiva da velhice é uma questão do domínio individual, existem importantes fatores sociais, culturais e económicos que determinam as possibilidades dos sujeitos viverem esta fase da vida como, sobretudo, marcada pelas perdas, ou por oportunidades, evidenciando que a solução passa, em grande medida, por questões de dimensão social (Debert, 1999).

Mas, é, também, nesta característica particular - a de estabelecer uma ponte entre o comportamento de saúde individual do sujeito idoso e as políticas sociais a respeito do envelhecimento demográfico – que reside o potencial heurístico do conceito de “Envelhecimento Ativo”. Colocar este conceito no centro da minha investigação irá possibilitar-me uma exploração analítica das diferentes tensões anteriormente referidas.

Mas porquê partir para esta reflexão a partir da análise do recurso da população idosa à MTC?

Mais uma vez, trata-se de considerar duas ordens de motivos: um deles, relacionado com o domínio do comportamento do sujeito individual, e outro, com o contexto social envolvente.

No domínio individual, procurando observar a adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual do sujeito idoso relativamente à sua saúde, tal como é advogada pelos promotores do Envelhecimento Ativo, a MTC constitui-se como um *locus* de análise privilegiado. Pois, a MTC tem vindo a ser identificada, pela variada investigação realizada a seu respeito, por conferir ao paciente um papel central no tratamento, precisamente, através da promoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde (Luz, 2005; Chen, 2003; Farquhar, 1994).

Foram apontados diversos motivos para explicar a crescente expansão das chamadas “medicinas alternativas” (Saks, 1992) - que estabeleceram-se, na prática, sobretudo, como “medicinas complementares” (Sharma, 1992), nos países mais ricos e industrializados, onde a Biomedicina tem, apesar disso, um papel hegemónico - entre eles, justamente, o facto de estas basearem-se num paradigma centrado na saúde e não tanto na doença, que incentiva a autonomia do paciente no que se refere à sua saúde (Goldstein, 2000), possibilitando a definição de um “projeto de construção da sua própria saúde” (Luz, 2005).

O que de mais relevante podemos notar, a partir destes vários estudos, é que o sucesso destas medicinas, “alternativas” ou “complementares”, é entendido por estes investigadores como algo estreitamente relacionado com uma falência parcial do modelo biomédico, cujos desequilíbrios o novo paradigma proposto procura colmatar: o facto da medicina convencional revelar-se incapaz ou deficiente no tratamento de dores crónicas e problemas relacionados com sintomas de “stress” e de ansiedade; o receio quanto aos efeitos secundários nocivos dos medicamentos e ao carácter intrusivo das cirurgias; a relação assimétrica entre médico e paciente, relegando o segundo a um lugar passivo no que respeita ao processo de cura; a separação entre corpo e mente ou espírito, que torna-se incompreensível ou contra intuitiva para muitos pacientes (Scambler et al. 1998).

No entanto, apesar da procura deste tipo de tratamentos estar, muitas vezes, relacionada com a procura de um alívio para os sintomas de problemas crónicos, a investigação tem revelado que a população idosa, que é, precisamente, a que mais sofre deste tipo de sintomas, constitui, apesar disso, uma minoria dos pacientes que recorre à MTC (Lopes (org.), 2010; Kessler et al., 2001). Procurarei ao longo da presente dissertação fornecer dados que nos permitam compreender as motivações dessa minoria que, efetivamente, recorre à MTC, a dimensão desse recurso e os locais onde maioritariamente ocorre, nos meus três contextos de pesquisa.

Mas, a escolha da MTC como tema central de análise justifica-se, como disse, também, por motivos de ordem social, para além destes mais relacionados com a esfera individual do comportamento dos pacientes. Pois, o recurso da população idosa à MTC, no âmbito de um mercado da saúde, depende de fatores sociais, que são, em boa medida,

determinantes dos comportamentos dos sujeitos: uma legislação específica em cada país que regulamenta a prática da MTC e, através dela, condiciona a acessibilidade dos seus tratamentos; fatores culturais específicos de cada contexto, nomeadamente, determinadas representações sociais da saúde e da doença, do envelhecimento e da eficácia da Biomedicina e da MTC; um determinado contexto social e económico. A consideração destes aspetos leva-me a argumentar que o recurso da população idosa à MTC deve ser pensado entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde (Marmot et al., 2006).

De forma a poder compreender a importância dos fatores sociais que mais afetam diretamente a saúde da população idosa e, também, indiretamente, condicionando os seus comportamentos relativamente à sua saúde, a minha tese assentou na realização de uma etnografia multi-situada (Marcus et al., 1986; Clifford et al. (eds.), 1986): uma aproximação sucessiva à realidade portuguesa, concentrando-me sobretudo na grande Lisboa, mas analisando, simultaneamente, os contextos de Santa Cruz, na Califórnia, e do Rio de Janeiro, no Brasil. Concentrando-me, sobretudo, no caso de Lisboa, e recorrendo à observação dos outros dois contextos para um maior esclarecimento das questões fundamentais que a análise do caso de Lisboa me colocou, este tipo de abordagem permitirá uma compreensão abrangente de algumas temáticas mais relevantes relacionadas com a prática da MTC em Lisboa e com o tema do envelhecimento, enquanto problema social, mostrando que estas questões devem ser problematizadas no âmbito de tendências globais.

No entanto, ainda mais importante, é o facto de que a observação de múltiplos contextos, permitindo-me o reconhecimento dessas tendências globais, conduzirá, por outro lado, ao desenvolvimento de um argumento fundamental na presente dissertação, em sentido diametralmente oposto: o argumento de que a implementação prática do paradigma do Envelhecimento Ativo obriga à consideração das realidades concretas das vidas dos sujeitos, no âmbito de sociedades que não são homogéneas, nem quando comparadas entre si, nem, tão pouco, internamente, tanto em termos culturais como socioeconómicos.

A necessidade de considerar a heterogeneidade da população idosa em cada contexto resulta das evidências que apontam para um profundo impacto das

desigualdades socioeconómicas sobre a saúde dos sujeitos (Harris, 2007; McMunn et al., 2006; Marmot et al., 2006; Marmot, 2004; Becker, 1997; Wilkinson, 1996). Estas desigualdades são, também, determinantes do próprio recurso à MTC. Pois, por um lado, é certo que muitos terapeutas de MTC que pude entrevistar nos meus 3 contextos de pesquisa acreditam num futuro promissor para a MTC. Esperam que, à medida que envelhecerem muitos dos seus pacientes de meia-idade, que hoje constituem a maioria dos que recorrem regularmente à MTC, se verifique um aumento progressivo do número de pacientes idosos. Mas, se esta expectativa de crescimento é generalizada aos 3 contextos, também generalizado a cada um deles é o facto de que essa maioria de pacientes de meia-idade, que hoje recorrem aos tratamentos de MTC e que poderá representar um maior número de pacientes idosos no futuro, é originária das classes média e média alta. Pelo que, no que respeita à determinação socioeconómica do recurso à MTC, que tende a tornar esse recurso mais frequente entre as classes mais favorecidas, não se adivinham grandes alterações num futuro próximo.

Na verdade, foi como reação a esta tendência dominante, mas sem a abalar na sua preponderância, que foram criadas soluções que permitem o encontro, também da população idosa mais carenciada, com os cuidados prestados pela MTC. Nos três contextos observados, deparei-me com essas respostas: das organizações de voluntariado da Califórnia, aos serviços de acupuntura prestados pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, até aos programas de voluntariado e acupuntura a baixos custos, que se encontram em Lisboa.

Foi a análise dessas respostas, para que um recurso terapêutico de acesso restrito a apenas alguns segmentos sociais, pudesse tornar-se acessível, também, às populações mais carenciadas, e pela observação do seu contraste com a orientação dominante da MTC praticada nos consultórios privados, ao encontro das necessidades de saúde e de bem-estar das classes média e alta, que melhor pude constatar empiricamente alguns dos impactos dos fatores socioeconómicos nos comportamentos de saúde da população idosa. Com uma experiência terapêutica dominada, sobretudo, pelo atendimento a população oriunda das classes mais favorecidas, os terapeutas de MTC que passaram simultaneamente a trabalhar com esta população mais carenciada enumeraram diferenças importantes no que se refere à prática clínica com estes diversos segmentos populacionais, relativamente a vários aspetos muito relevantes: em relação às patologias

dominantes; às possibilidades dos pacientes aderirem às suas recorrentes sugestões para um estilo de vida mais saudável, sobretudo, concentrado em torno da modificação de hábitos relacionados com a atividade física e a alimentação; aos problemas emocionais, psicológicos e sociais que preenchem grande parte do tempo de consulta.

Da comparação entre alguns pacientes idosos ricos da Baía de São Francisco na Califórnia com os pacientes sem qualquer cobertura médica que recorrem à acupuntura prestada por organizações de voluntariado norte-americanas; dos pacientes endinheirados do bairro do Leblon no Rio de Janeiro, aos pacientes das zonas periféricas desta metrópole; dos pacientes de Cascais, nos arredores de Lisboa, aos pacientes de algumas das freguesias mais envelhecidas e carenciadas no centro da capital portuguesa, o que ressalta são diferenças na vivência subjetiva da velhice e duas maneiras diferentes da população idosa relacionar-se com a saúde, no sentido abrangente proposto pela OMS, e com a questão da atividade, tão cara ao paradigma do Envelhecimento Ativo.

Para os idosos em melhor situação socioeconómica, a atividade surge como uma opção: permanecer ativo é uma forma de promoção da saúde e garantia do bem-estar individual. Para os mais carenciados, a adoção de um comportamento ativo, deriva, sobretudo, de uma necessidade. Isso é especialmente evidente entre os idosos mais carenciados do Rio de Janeiro que, não raramente, permanecem profissionalmente ativos, muito após terem-se oficialmente aposentado:

“Observa-se assim que ao longo dos anos houve uma brusca rutura entre a evolução das pensões de aposentadoria e a dos salários dos ativos, fazendo com que 12, 2% da população de mais de 60 anos recebam até meio salário mínimo e 28% ganhem entre meio e um salário. Isso significa que 40,3% dos brasileiros dessa faixa etária são pobres (...) A degradação da suas condições de vida os obriga, então, a retornar ao trabalho: esta é a realidade cotidiana de mais de um terço das pessoas aposentadas” (Peixoto, 2004: 59-60).

No seu caso, a atividade não equivale à promoção da saúde, sendo que, pelo contrário, muito frequentemente, coloca-a em causa e determina a patologia na base do recurso à MTC, quando são atendidos pelo serviço de saúde público brasileiro (SUS).

Num momento em que decorre em Portugal o processo de regulamentação legal da MTC¹, que poderá influenciar, em maior ou menor medida, a qualidade dos tratamentos prestados, e a acessibilidade da população idosa portuguesa aos mesmos, e sendo que o contexto em que decorre a minha investigação, realizada entre 2010 e 2014, a partir do caso de Lisboa, que constitui a referência fundamental do meu estudo, diz respeito a uma grave crise económica, derivada de uma crise financeira², torna-se evidente que o recurso da população idosa à MTC, por um lado, e a própria implementação prática do Envelhecimento Ativo, por outro, devem ser considerados entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde.

A presente dissertação está organizada em 8 capítulos.

No capítulo 1, “O Envelhecimento Ativo e a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)”, faço uma revisão teórica da literatura especializada nos temas do Envelhecimento Ativo e da MTC, assim como, nos estilos de vida saudáveis e nos fatores sociais determinantes da saúde. Farei uma descrição do envelhecimento da população portuguesa, recorrendo a dados estatísticos oficiais e a estudos de natureza quantitativa, para depois fazer uma análise detalhada do paradigma do Envelhecimento Ativo na aceção da OMS. Será, também, o momento de avançar com algumas definições concetuais, importantes para o estudo do envelhecimento e do recurso à Medicina Tradicional Chinesa.

O capítulo 2 será dedicado à explicação da Metodologia adotada nesta investigação, descrevendo, sobretudo, as potencialidades e as dificuldades levantadas pela realização de uma etnografia multi-situada, baseada em 3 contextos tão diversos

¹ Em relação à realidade portuguesa, a Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto, iniciou o processo de enquadramento legal das designadas “Terapêuticas Não Convencionais” (TNC), estabelecendo as terapêuticas reconhecidas: Acupuntura, Osteopatia, Homeopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropráxia. Tinha, assim, início um processo legal tumultuoso, marcado por conflitos de interesse, manifestos em posições contrárias de médicos e de profissionais de MTC, assim como, divergências importantes mesmo entre estes últimos (Franco, 2010). O processo de regulamentação da lei de 2003, veio a ter um desenvolvimento importante 10 anos mais tarde, com a lei nº71/2013, de 2 de Setembro, que incluiu a designação Medicina Tradicional Chinesa, entre as restantes TNC, mas que, em finais de 2014, ainda aguarda a publicação de algumas portarias legais.

² Esta crise económica teve o seu início declarado em 2011, quando Portugal pediu auxílio internacional, prestado por uma entidade tripartida, recorrentemente designada por “Troika” nos media portugueses: o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e a Comissão Europeia.

como Lisboa, Santa Cruz e Rio de Janeiro. Discutirei também a utilização do método comparativo de estudos de caso em profundidade e da relação entre dados qualitativos, reunidos pelo investigador, e dados quantitativos reunidos a partir de outras investigações, ou a partir da sua divulgação por instituições oficiais.

No capítulo 3 – “A responsabilidade individual sobre a saúde: um pilar fundamental do Envelhecimento Ativo” – analiso a recorrente tentativa dos terapeutas de MTC e médicos-acupuntores no sentido da promoção de uma postura de responsabilidade individual dos seus pacientes idosos perante a sua saúde, assim como, a maior ou menor adesão dos pacientes, a partir da comparação de casos extremos e variados. Argumentarei que estes dois aspetos devem ser observados no contexto de um crescente “Pluralismo Terapêutico” e da afirmação de uma “Salutocracia”, de que o paradigma do Envelhecimento Ativo constitui uma expressão evidente. Desta forma, coloco, definitivamente, a reflexão em torno do recurso à MTC no âmbito de uma discussão mais abrangente, em torno da política, da cultura, da sociedade e da economia.

Nos capítulos 4, 5, 6 e 7, faço uma apresentação dos meus principais argumentos teóricos, a partir da análise dos dados que os sustentam, recolhidos nos três contextos da minha pesquisa, identificando os diferentes fatores sociais determinantes da saúde da população idosa, assim como, como dos seus comportamentos de saúde individuais. Ao longo desses capítulos irei desenvolver o argumento de que a adesão ao Envelhecimento Ativo depende, não apenas de uma escolha individual, mas da detenção de diferentes tipos de capital - social, cultural e económico – que a permitam. Nesses capítulos farei, também, uma crítica à análise comparativa entre culturas, a respeito do tema do envelhecimento, comum a uma boa parte da investigação realizada em Antropologia, propondo uma utilização particular do conceito de “Cultura” e, fundamentalmente, uma análise antropológica dos impactos das desigualdades individuais, relativamente à detenção dos diferentes tipos de capital, na saúde da população idosa e na vivência subjetiva da velhice.

No capítulo 8 – “No sossego da doença”: crítica antropológica ao “Envelhecimento Ativo” – faço uma revisão crítica da literatura antropológica sobre o tema do envelhecimento, nomeadamente, daquela que melhor pode servir de sustento

para uma crítica antropológica do próprio fundamento essencial do paradigma do Envelhecimento Ativo: a defesa inequívoca da atividade.

Capítulo I

O Envelhecimento Ativo e a Medicina Tradicional Chinesa

O envelhecimento é um conceito abrangente que descreve um fenómeno complexo, podendo referir-se tanto a um processo biológico individual como a um processo social, no caso do envelhecimento demográfico. Para além disso, o envelhecimento é um processo vivido, avaliado subjetivamente, pleno de momentos de crise e de oportunidades. Acima de tudo, o envelhecimento é um processo e não se refere apenas a uma categoria etária fixa que descreve o grupo das pessoas mais idosas de uma dada população.

Na presente dissertação, resultando de uma investigação no âmbito da Antropologia Social, na sua vertente de Antropologia da Saúde, procuro compreender o processo de envelhecimento, não tanto como um problema biológico, mas, sobretudo, como problema social, concentrando-me, igualmente, na vivência subjetiva do processo de envelhecimento. Todavia, a minha investigação, observando os comportamentos de saúde da população idosa, concentra-se nas respostas individuais e, também, nas respostas sociais aos desafios colocados processo biológico do envelhecimento, individual e populacional. Neste sentido, é da biologia do corpo que envelhece que devemos partir.

Talvez por tratar-se de um fenómeno universal, o processo de envelhecimento aparenta ser algo de explicação tão evidente como natural. No entanto, a complexidade do fenómeno é bem evidenciada pela quantidade e variedade de teorias biológicas que o procuram explicar, tendo sido identificadas mais de 300 teorias desde o século XVIII (Medvedev, 1990). Apesar da grande variedade de teorias, as mais consensuais podem ser agrupadas em dois grupos, o das teorias genéticas e o das teorias estocásticas (Mota et al., 2004; Farinatti, 2002):

“No primeiro caso, o envelhecimento é visto como um continuum controlado geneticamente e, talvez, programado. Algumas correntes associam essa possível programação a um desequilíbrio neuroendócrino, levando a uma diminuição de integração funcional dos sistemas orgânicos. As teorias estocásticas trabalham com a hipótese de que o envelhecimento dependeria do acúmulo de agressões ambientais que atingem um nível incompatível com a manutenção das funções orgânicas e da vida.” (Farinatti, 2002: 130)

A multiplicidade destas teorias e a exploração da sua complexidade teórica vai para além do escopo de análise desta dissertação. Aquilo que pretendo destacar é, em primeiro lugar, o facto de o processo de envelhecimento, apesar de natural e universal, apresentar-se como um processo de difícil apreensão analítica pelo conhecimento científico e, em segundo lugar, as importantes consequências que as teorias estocásticas, como, por exemplo, a do “stress oxidativo”³, podem ter no campo dos comportamentos de saúde, o foco principal da minha investigação. Ao contrário das teorias que colocam a explicação do envelhecimento apenas no campo de ação dos fatores genéticos, a teoria do “stress oxidativo” trouxe novo fulgor aos que advogam a possibilidade de se prolongar a vida através da adoção de um estilo de vida mais saudável, que permita, por exemplo, através da alimentação, controlar a ação dos radicais livres. Resultando de uma interpretação, mais ou menos correta desta teoria científica, a vulgarização do termo “Radicais Livres” e “Anti-Oxidantes” permitiu o desenvolvimento de inúmeros produtos de saúde, num crescente mercado de suplementos nutritivos e de “alimentos funcionais” – alimentos com propriedades terapêuticas para além das suas propriedades nutritivas (Bento, s.d.) - nomeadamente, produtos que sustentam uma importante indústria “anti-envelhecimento”. A vertente anti-envelhecimento tornou-se, inclusivamente, numa orientação da Biomedicina, ao encontro da demanda dos pacientes, em que o processo de envelhecimento apesar de ser considerado como natural, e não como uma doença, é também considerado como um *locus* de intervenção médica, permitindo à humanidade garantir algo ainda mais emblemático da sua natureza, que é todo o empreendimento que visa a libertação dos seus limites físicos (Mykytyn, 2008; 2006).

Trata-se de respostas sociais e individuais ao problema do envelhecimento biológico, e é sobre estas respostas, e sobretudo, sobre a forma como se inter-relacionam, que se concentra a minha investigação: seja ao nível das políticas públicas a respeito do envelhecimento demográfico, como, também, da constituição de um mercado da saúde para a satisfação das necessidades dos consumidores por produtos naturais e de formas alternativas ou complementares de promoção da saúde, entre as

³ A teoria do “stress oxidativo” destaca o envolvimento dos radicais livres (RL), em que “o fenómeno de envelhecimento é o resultado da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reacções dos RL nos componentes celulares ao longo da vida, que conduzem à perda de funcionalidade e à doença com o aumento da idade, conduzindo à morte.” (Mota et al., 2004: 82-94)

quais a Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Mais, especificamente, a minha investigação centra-se na análise de um conceito teórico e, sobretudo, das suas implicações práticas, enquanto fundamento de um paradigma de saúde pública, que permite, justamente, relacionar a investigação científica no âmbito biomédico da Gerontologia, com o domínio das políticas públicas a respeito do envelhecimento e com o domínio dos comportamentos individuais de saúde da população idosa: o conceito de “Envelhecimento Ativo”.

O Envelhecimento Ativo⁴ tem vindo a ser promovido pela OMS, desde a viragem do século (OMS, 2002), e uma evidência clara da sua adoção pelos decisores políticos foi, no espaço da UE, a celebração, em 2012, do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações.

O conceito tem as suas raízes na investigação gerontológica a respeito do “envelhecimento bem-sucedido” (Pruchno et al., 2010; Neri, 2007), que refere-se ao estudo científico do envelhecimento saudável, ou envelhecimento positivo, mas que procura superar o campo da saúde individual, para constituir-se como um paradigma de definição de políticas públicas a respeito do envelhecimento. Definido pela OMS como um processo de otimização das oportunidades para a promoção da saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem, a partir desta primeira definição ficam identificados os 3 pilares essenciais deste novo paradigma: a saúde, a participação e a segurança (OMS, 2002).

De acordo com o quadro de políticas traçado pela OMS em 2002, observa-se que a saúde corresponde ao completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade. Por outro lado, a participação exige a capacitação das pessoas idosas para que possam permanecer ativas, sendo que essa atividade refere-se, não apenas ao exercício físico ou à permanência no mercado laboral, mas a uma participação mais efetiva da população idosa nas várias dimensões da vida social:

⁴ Opto, daqui em diante, pela enunciação de “Envelhecimento Ativo”, com letra maiúscula, para me referir, não apenas ao conceito propriamente dito, mas, também, ao paradigma de políticas públicas, promovido por diferentes instituições internacionais, como a OMS, OCDE, UE, para fazer face ao problema social do envelhecimento demográfico, embora com diferentes aceções, como será analisado ao longo da dissertação e, sobretudo, no capítulo 8.

“A palavra “ativo” refere-se a uma contínua participação nos domínios social, económico, espiritual e cívico, e não apenas à capacidade para estar fisicamente ativo ou para participar no mercado laboral” (OMS, 2002: 12)

A questão da segurança, o 3º pilar do Envelhecimento Ativo é clarificada por Alexandre Kalache, um dos seus principais teóricos:

“Então, saúde, com capacitação para que você tenha novas ferramentas, habilidades para continuar presente na sociedade. Ativo. Mas, faltando isso, você precisa de algum sistema que te proteja. Segurança. E essa segurança pode ser do Estado, do seguro, do seu bolso, do seu filho.” (Moreira, 2012: 21)

Entre o campo de promoção da saúde individual e o campo de promoção da “saúde” social, advogando a “atividade” como solução primordial para uma e para outra, o paradigma do Envelhecimento Ativo estabelece uma ponte entre o campo do envelhecimento biológico individual, a primeira dimensão de análise do processo de envelhecimento a que me referi anteriormente, e o campo do envelhecimento demográfico, como problema social, a segunda dimensão de análise que procurarei agora analisar.

Por agora, suspendendo brevemente a discussão em torno do Envelhecimento Ativo, importa definir o que se entende por envelhecimento demográfico em termos gerais, prestando, uma atenção particularmente detalhada à realidade portuguesa, que constituirá o locus principal da minha investigação.

Envelhecimento Demográfico: a realidade portuguesa

A UE tem vindo a destacar o aumento da esperança média de vida nos seus estados membros como uma importante conquista civilizacional. No entanto, este aumento da esperança média de vida, associado a uma baixa taxa de natalidade, tem contribuído para um acentuado envelhecimento demográfico, descrito pela UE e pela própria OMS como um dos maiores desafios para o século XXI, nomeadamente, no que se refere à sustentabilidade económica e à coesão social.

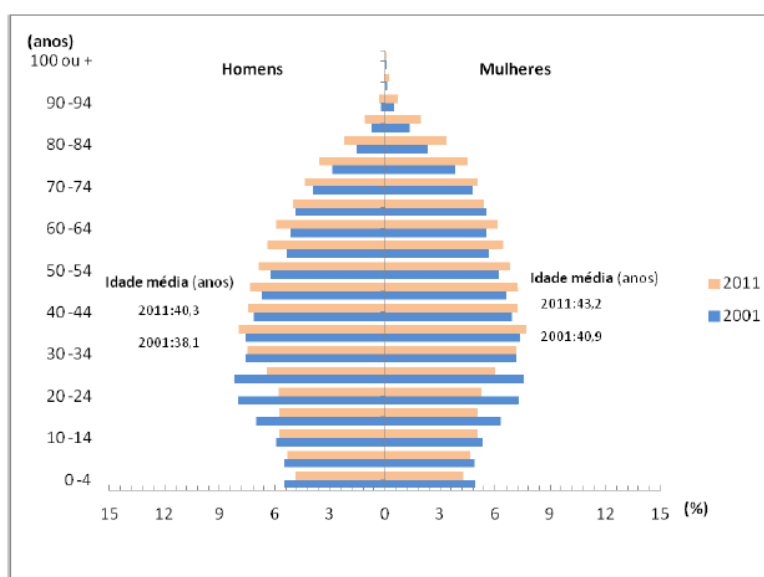
A partir dos censos de 2011, do Instituto Nacional de Estatística (INE), realizados a cada 10 anos, procurarei descrever brevemente alguns aspetos mais

relevantes do perfil demográfico da população portuguesa, no que se refere à sua forte tendência para o envelhecimento populacional.

Relativamente à estrutura etária da população portuguesa, os dados de 2011, comparativamente a 2001, mostram uma acentuação do desequilíbrio evidenciado anteriormente, mostrando um encurtamento da base da pirâmide e um alargamento do seu topo:

Quadro 1.

Estrutura etária da população residente, por sexo, 2001 e 2011



(Fonte: INE, Censos 2011, em destaque)

Portugal perde população em todos os grupos etários entre os 0 e os 29 anos, sendo que a percentagem de jovens recua para os 15% e a percentagem de idosos cresce para 19%:

Quadro 2.

Estrutura etária da população, 2001 e 2011

Portugal	2001		2011	
	Nº	%	Nº	%
Estrutura Etária				
0-14 anos	1 656 602	16,0	1 572 329	14,9
15-24 anos	1 479 587	14,3	1 147 315	10,9
25-64 anos	5 526 435	53,4	5 832 470	55,2
65 ou mais anos	1 693 493	16,4	2 010 064	19,0

(Fonte: INE, Censos 2011, em destaque)

O envelhecimento da população, definido pela OMS como um declínio na proporção de crianças e jovens e um simultâneo aumento da população com mais de 60 anos de idade, resulta, essencialmente, de 3 fatores, que são: o “desempenho” da natalidade, da mortalidade e das migrações (Bandeira, 2012).

O Envelhecimento demográfico, ainda que não se tratando de uma realidade necessária e incontornável, ao contrário do envelhecimento biológico, apresenta-se como uma tendência forte na sociedade portuguesa, desde há algumas décadas (Rosa, 1993; 2012). Em 2010, Portugal era apontado como ocupando o sexto lugar nas populações mais envelhecidas do mundo (cf. Population Reference Bureau, Fiche de Données sur la Population Mondiale 2010).

A compreensão do “desempenho” dos 3 fatores determinantes deste acentuado envelhecimento demográfico - a natalidade, a mortalidade e as migrações - deve valer-se da análise social, económica, política e cultural, uma vez que, não se tratando de um processo inevitável, só pode ser devidamente entendido tendo em conta estas diferentes dimensões de análise. O carácter social do envelhecimento demográfico é especialmente evidente quando se observa o contributo das migrações:

“Para além do envelhecimento na base, provocado pela baixa da natalidade e do envelhecimento no topo, devido principalmente ao aumento da esperança de vida a partir dos 60 anos, pode-se também falar de envelhecimento com origem em alterações das estruturas etárias intermédias, devidas à emigração de adultos ativos.” (Bandeira, 2012: 7)

Os estudos sobre as dinâmicas demográficas da população portuguesa apontam para o facto de que o envelhecimento da população seja uma tendência em atual expansão, mas com uma origem antiga, com raízes no início da segunda metade do século XX, logo desde o início dos anos 50. Trata-se de uma tendência que, explicada, em grande medida, pela quebra da natalidade, deve-se, igualmente, a outros fatores relevantes:

“Entre 1950 e 2009, o número de nados vivos em Portugal decresceu 52%, o que reflete uma elevada perda de dinamismo da natalidade portuguesa, com fortes consequências na redução da base de sustentação demográfica. Mas, se compararmos o aumento da população sénior - cuja base 100 em 1950 passa para 321 em 2009 - com essa diminuição do peso das novas gerações, fica também estabelecido que o fenómeno de seniorização observado durante os últimos 60 anos em Portugal não é exclusivamente obra da baixa da natalidade.” (Bandeira, 2012: 8-9)

Paralelamente à quebra da natalidade, a tendência para o envelhecimento da população portuguesa, de acordo com o mesmo estudo da Fundação Francisco Manuel dos Santos e do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, explica-se essencialmente por 3 fatores, relacionados com aspetos sociais e culturais da história do País, desde a segunda metade do século XX.

Em primeiro lugar, essa tendência inicia-se nos anos de 1950, com a emigração de portugueses para outros países europeus, atingindo o seu pico em meados da década de 60, prolongando-se até final da década de 1970, e sendo “compensada” pela imigração de cerca de 600.000 pessoas oriundas das ex-colónias em África, após 1975. Esta vaga emigratória determina o envelhecimento da população sobretudo nos distritos do interior do país. Um forte aumento do índice de envelhecimento entre 1950 e 1981, num momento em que a fecundidade se encontrava a cerca de 3 filhos por mulher, revela que o processo de envelhecimento demográfico não começa necessariamente com a queda da natalidade, mas antes, pelo aumento de balanças migratórias fortemente negativas, que alteram o peso das estruturas etárias intermédias, ou seja, dos adultos ativos.

A emigração, sobretudo de jovens, determinou uma imparável baixa da natalidade, levando ao envelhecimento populacional do interior do País, de norte a sul.

Em segundo lugar, o envelhecimento demográfico em Portugal é determinado pela “revolução contracetiva” que iniciando-se na década de 1960, quando o indicador

conjuntural de fecundidade ainda era de 3 filhos por mulher, revela os seus efeitos mais evidentes na década de 1980, quando em 1982, Portugal passa, pela primeira vez, para abaixo de 2,1 filhos por mulher – limiar mínimo que assegura a plena substituição das gerações – sendo que, em 1986, o indicador conjuntural de fecundidade fixou-se à volta de 1,6 filhos. Mais recentemente, a partir de 2007, esse indicador fixa-se nos 1,3 filhos por mulher.

Um dos principais fatores explicativos desta transformação é uma redução do ciclo fecundo das mulheres, o qual tende a iniciar-se numa idade cada vez mais tardia, sendo que, se em 1995, a idade média das mães no nascimento do 1º filho era de 25,6 anos, o que já era relativamente tardio, em 2008, ela aumentou para 28,4 anos, quase mais 3 anos.

Em terceiro lugar, o envelhecimento demográfico deve ser explicado em função da relação entre o recuo da mortalidade e o envelhecimento da população. Se o papel da queda da natalidade no envelhecimento populacional é incontroverso, o mesmo não se pode dizer a respeito do recuo da mortalidade, podendo afirmar-se que, no sentido em que os progressos históricos da medicina e da higiene permitiram salvar sobretudo os mais jovens, o recuo da mortalidade poderia constituir-se como importante fator de rejuvenescimento populacional. No entanto, os autores do estudo que tenho vindo a apresentar, argumentam que, no que se refere às dinâmicas demográficas que caracterizam o envelhecimento da população portuguesa, deve-se considerar a importância do recuo da mortalidade como fator determinante. Uma evidência dessa importância é a desproporção entre o peso da população feminina e da população masculina entre a população com mais de 65 anos:

“Em 1950, a proporção dos homens maiores de 65 anos na população portuguesa era inferior ao das mulheres em 2,5%, o que corresponde a uma perda de 3,57%. Essa discrepância continuou a aumentar atingindo 4,2% em 2001 (o que corresponde a uma perda de 5,27% das gerações masculinas nascidas antes de 1936 em relação às gerações femininas da mesma época).” (id.: 18)

Esta desproporção pode ser explicada por uma sobre-mortalidade masculina, paralela a uma duração média de vida mais elevada das mulheres.

Envelhecimento Ativo: estilos de vida saudáveis e fatores sociais determinantes da saúde

Considerando a relevância dos dados anteriormente apresentados para a compreensão do fenómeno de envelhecimento que caracteriza a realidade portuguesa, importa clarificar que a minha investigação não é sobre o envelhecimento demográfico propriamente dito, mas sobre os desafios que coloca, tanto ao nível da saúde individual, como ao nível da sustentabilidade económica e da coesão social. Mais concretamente, na presente dissertação, procuro analisar a forma como o Envelhecimento Ativo pretende constituir-se como a principal solução para esses desafios, tanto no plano individual, como no plano social.

No que toca à problemática da sustentabilidade económica e da coesão social, veja-se, por exemplo, os índices demográficos apurados pelo INE nos censos de 2011: por um lado, um forte índice de envelhecimento da população, de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam cerca de 128 idosos, e, por outro lado, um crescente índice de longevidade, que relaciona a população com 75 anos ou mais com o total da população idosa com 65 anos ou mais, e que era, em 2011, de 48, face a 41 em 2001 e 39 em 1991. Na sequência destes dados, que apontam para um forte envelhecimento demográfico, devem-se considerar, igualmente, dois importantes índices da sustentabilidade socioeconómica:

- o índice de rejuvenescimento da população ativa: aproximadamente de 94, em 2011, o que significa que por cada 100 pessoas que saíam do mercado de trabalho entravam apenas 94 (forte agravamento face à década anterior, onde o índice se situava em 143; em 2011, só as Regiões Autónomas apresentaram índices de rejuvenescimento superiores a 100);

- o índice de sustentabilidade potencial: através do qual se identifica que o número de indivíduos em idade ativa por cada indivíduo idoso passou de 4,1 em 2001, para 3,5 em 2011.

Quadro 3.

Indicadores demográficos	2001	2011
Índice de envelhecimento	102,23	127,84
Índice de longevidade	41,42	47,86
Índice de rejuvenescimento da população ativa	143,05	94,34
Índice de sustentabilidade potencial	4,14	3,47

(Fonte: INE, Censos 2011, em destaque)

O problema da sustentabilidade económica e social tem vindo a ser identificado como o maior desafio colocado pelo envelhecimento populacional, ao que o paradigma do Envelhecimento Ativo pretende dar resposta no plano político (cf. Decisão N.º. 940/2011/UE Do Parlamento Europeu e do Conselho; OMS: 2002).

No entanto, o Envelhecimento Ativo pretende ser mais do que um programa de políticas públicas. Desenvolvido a partir da investigação da Gerontologia, o Envelhecimento Ativo pretende, também, servir a educação para a saúde dos sujeitos idosos. Neste sentido, para a sociedade em geral, como para sujeitos individuais, a solução para o problema do envelhecimento é a mesma: o envelhecimento tem de ser ativo!

Na parte que compete à sociedade, trata-se de criar as oportunidades para a promoção da saúde, da participação e da segurança da população idosa, tal como é enunciado pela OMS, como os 3 pilares essenciais do Envelhecimento Ativo (OMS, 2002). No lado dos sujeitos idosos, trata-se de assumirem uma postura ativa e responsável para exercerem os seus plenos direitos, e cumprirem os seus deveres, em cada um dos 3 pilares enunciados. No que se refere ao pilar da saúde, que constitui o foco essencial da minha investigação, essa atitude ativa e responsável passa pela adoção de estilos de vida saudáveis, ao encontro do novo paradigma de saúde proposto, que aponta, sobretudo, para a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença (OMS, 2002a; 1999; 1998).

A celebração em 2012, do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, representa uma forte evidência da afirmação de um paradigma de saúde pública que, destacando a importância dos cuidados primários, da

prevenção da doença e da promoção da saúde, nomeadamente, através da adoção de estilos de vida saudáveis, promove a responsabilização da população idosa perante a sua saúde. Por outro lado, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) tem vindo a ser caracterizada como sendo essencialmente preventiva e promovendo uma postura ativa do paciente sobre a sua saúde, configurando-se como uma medicina orientada para a promoção da saúde e do bem-estar, mais do que para o tratamento de doenças (Zhan, 2009). Uma ideia comum na MTC é a de que o melhor médico é aquele que providencia ao paciente os meios necessários para a prevenção da doença enquanto o médico comum providencia apenas o tratamento (Wang, 1995).

Verifica-se, então, no que diz respeito ao envelhecimento e às possíveis patologias que poderão surgir nesta fase da vida, uma convergência entre o discurso tradicional da medicina chinesa e o atual discurso das entidades internacionais, referente ao paradigma do Envelhecimento Ativo, enformado pela própria Biomedicina (através da influência da OMS), face ao problema do envelhecimento nos países industrializados, que são, também, os países com a população mais envelhecida.

Este aspeto é bem relevante, no sentido em que nos permite pensar na Biomedicina e na MTC, hoje em dia, não como dois modelos opostos, sistemas médicos isolados (Leslie, 1976; Leslie et al., 1992), mas como sistemas porosos em mutação permanente, adaptando-se às particularidades locais e às conjecturas temporais. A ideia de uma responsabilização ativa do paciente perante a sua própria saúde e o seu bem-estar no que respeita à MTC, deve, então, ser problematizada à luz das investigações que descrevem transformações semelhantes no seio da própria Biomedicina e daquelas que apontam para uma relação entre estas transformações e certas predisposições ideológicas mais gerais da sociedade envolvente. Assim, estamos perante investigações que descrevem uma tendência crescente no seio da própria Biomedicina para a defesa de uma moral assente numa responsabilização do doente pela sua própria saúde, muitas vezes, encobrindo aspetos culturais e processos sociais de desigualdade e exclusão que deveriam ser considerados relevantes para uma explicação multifatorial dos processos de doença (Marmot et al., 2006; Conrad, 1994; Frankenburg, 1993; Lock, 1993). Sendo que, de facto, existe uma ampla investigação que apresenta evidências de que a classe social tem implicações importantes na saúde dos mais idosos (Harris, 2007; McMunn et al., 2006), evidenciando que estas questões não podem ser remetidas para uma

explicação simplista, com base apenas na consideração do papel mais ou menos ativo e responsável da população idosa perante a sua saúde, mas devem ser pensadas, também, em função dos fatores sociais determinantes da saúde: consequências da classe social em termos de longevidade (as chances de longevidade são maiores nas classes mais altas) e em termos de doença (maior probabilidade de doenças físicas e psiquiátricas nas classes mais baixas) (Harris, 2007; Marmot et al. 2006); em termos de bem-estar, medido de uma forma objetiva (correlação entre níveis de rendimento e de estatuto e o nível de bem-estar emocional), embora as investigações da área da psicologia apontem no sentido de que esta correlação apenas se verifique em situações limite de baixo rendimento, tendendo a atenuar-se à medida que se começa a analisar estratos socioeconómicos em que a questão do rendimento não seja uma fonte de preocupação diária (Haidt, 2007). Estas questões serão amplamente desenvolvidas nos capítulos seguintes.

Tal como referi anteriormente, o conceito de “Envelhecimento Ativo”, adotado pela Comissão Europeia e pelo Parlamento Europeu, foi previamente desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), sendo um conceito elaborado com base nas investigações biomédicas da área da Gerontologia. Conforme pode verificar-se através da informação *online* disponibilizada pela OMS, as primeiras publicações que utilizam o conceito de “Envelhecimento Ativo” (“Active Ageing”) têm já mais de uma década, datando de finais dos anos de 1990⁵.

Em 2002, a OMS apresenta uma publicação orientada para respostas políticas, tendo em vista a promoção do Envelhecimento Ativo (WHO, 2002).

Nesta publicação, o envelhecimento da população, porque intrinsecamente relacionado com o aumento da esperança média de vida, é apresentado como uma das maiores conquistas da humanidade. Mas, é simultaneamente considerado como um dos maiores desafios para o século XXI, tendo em conta os impactos sociais e económicos desta alteração demográfica. A definição de “Envelhecimento Ativo” avançada pela WHO envolve, não apenas uma postura ativa dos sujeitos e idosos, mas também o envolvimento do Estado e da sociedade em geral para a criação das necessárias

⁵ Essas várias publicações estão disponíveis *online* em:
<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html> (acesso em 28-08-2012).

condições e oportunidades para que se verifique essa postura mais ativa da população idosa perante a sua saúde, com o objetivo de aumentar a sua qualidade de vida.

O conceito de atividade refere-se a uma participação continuada nos domínios culturais, económicos, espirituais, cívicos e não apenas à permanência ativa no mercado laboral. Da mesma forma, a definição de saúde transcende o campo estritamente físico para englobar também o campo da saúde mental, psicológica e emocional, e o campo das relações sociais, todos eles recomendados para a intervenção das políticas públicas referentes ao “Envelhecimento Ativo”:

“«Saúde» refere-se ao bem-estar físico, mental e social, tal como foi expresso anteriormente na definição de saúde da OMS. Assim, no paradigma do envelhecimento ativo, as políticas e os programas que promovam a saúde mental e as relações sociais são tão importantes como as que promovem a saúde física” (OMS, 2002: 12)

Mas, para além das políticas públicas direcionadas à necessária assistência à população idosa, existe uma mensagem muito clara de responsabilização individual da população idosa, que deve por iniciativa própria procurar manter-se ativa. Com este intuito, foi abandonada uma primeira designação promovida pela OMS, “Envelhecimento Saudável” (“Healthy Ageing”) (cf. OMS, 1998), por poder conter uma noção meramente assistencialista da prestação dos cuidados de saúde, para dar lugar ao conceito de Envelhecimento Ativo, que apoia os direitos de participação da população idosa, ao mesmo tempo que a responsabiliza pelo exercício desses mesmos direitos que lhe são reconhecidos.

A responsabilidade individual deve concentrar-se na adoção de um estilo de vida saudável, orientado para a prevenção da doença, assim como, na planificação da velhice, uma responsabilidade que deverá ser partilhada pelas famílias. Depois de destacada a importância das doenças não transmissíveis como principal causa de morte das pessoas idosas, são identificados os fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de doenças, todos eles associados a comportamentos possíveis de prevenir, através da adoção de uma conduta responsável por parte da população:

“É o uso do tabaco, a falta de exercício físico, uma dieta inadequada e outros fatores de risco estabelecidos da vida adulta que irão colocar os indivíduos numa probabilidade relativamente maior de desenvolverem doenças não transmissíveis nas idades mais avançadas (...)”(WHO, 2002:16)

Importa empreender uma genealogia dos conceitos de “promoção de saúde” e “estilos de vida saudáveis”, pela importância que adquirem na elaboração do paradigma do Envelhecimento Ativo, mesmo que, em muitas publicações, eles não apareçam diretamente explicitados.

O conceito de “promoção de saúde” surge desde a década de 1970 e, desde o seu início, procura destacar a importância do comportamento individual, os estilos de vida saudáveis, para além dos fatores sociais determinantes da saúde:

“A expressão ‘promoção da saúde’ foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da National Health and Welfare (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, Mark Lalonde, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadianes). O documento destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte. A estratégia de trabalho proposta enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida).” (Oliveira, 2005: 424)

A expressão “promoção da saúde”, associada aos estilos de vida saudáveis, viria a ser adotada pela OMS, tal como é patente na Carta de Ottawa, uma declaração de intenções, expressa na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Novembro de 1986, celebrada também no Canadá:

“Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. (...) Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (OMS, 1986)

As expectativas por uma nova saúde pública, a que se refere a OMS, consubstanciaram-se no Movimento pela Promoção da Saúde, explicado entre outros fatores, nos EUA, por uma certa desilusão com os limites da Biomedicina, pressões para a contenção dos gastos médicos, um clima social e político que enfatiza a auto-ajuda e a responsabilidade individual pela saúde (Minkler, 1999).

Por alturas da carta de Ottawa, em 1986, ainda não se falava de Envelhecimento Ativo. No entanto, data de 1987, a publicação de um influente artigo que viria a colocar o termo “Successful Aging” (“envelhecimento bem-sucedido”, cf. Neri, 2007), como um dos conceitos fundamentais da pesquisa em Gerontologia para os anos futuros, até aos dias de hoje, encontrando-se na base do conceito de Envelhecimento Ativo (Rowe et al., 1987). Conforme explica Alexandre Kalache, gerontologista brasileiro, elemento integrante do grupo da OMS, nas origens do conceito de Envelhecimento Ativo (Kalache, et al., 2000; 1997), este conceito surge como a escolha final entre outras possíveis, como seriam o conceito de “envelhecimento saudável” ou o de “envelhecimento bem-sucedido”, por se julgar enunciar mais claramente a ideia principal: a ideia de que o envelhecimento é um processo contínuo, ativo, que exige a participação ativa das pessoas e da sociedade, para que todos possam ter mais saúde (Moreira, 2012: 45).

Se é certo que uma das primeiras utilizações do termo “Successful Aging” na literatura biomédica vinha já desde 1961, num editorial do *Gerontologist* (cf. Depp et al., 2010: 527–50), em que se definia o “envelhecimento bem-sucedido” como atingir o máximo de satisfação com a vida e se apelava ao campo recente da Gerontologia para investigar e promover este conceito, no entanto, foi desde a publicação do artigo de Rowe e Khan (Rowe et al., 1987) que o estudo do “envelhecimento bem-sucedido” e dos seus principais indicadores se tornou no foco de diversos estudos quantitativos e qualitativos (Depp et al., 2006; Peel et al., 2005; Phelan et al., 2002).

No seu influente artigo de 1987, Rowe e Khan, procuraram desenvolver um conceito multidimensional que englobasse a ausência de doença e a manutenção de saúde, a manutenção de uma alta funcionalidade física e cognitiva, e um envolvimento sustentado em atividades sociais e produtivas:

“Definimos o Envelhecimento Bem-Sucedido como incluindo 3 componentes fundamentais: baixa probabilidade de doenças e de incapacidade derivada de doenças, alta funcionalidade física e cognitiva e engajamento ativo com a vida” (Rowe et al., 1997: 433).

Estes autores promoveram uma distinção entre dois grupos de pessoas idosas sem doenças: pessoas com um envelhecimento comum (com alto risco de desenvolverem enfermidades); e pessoas caracterizadas por um envelhecimento com

sucesso (com baixo risco de desenvolverem enfermidades e com elevado nível de funcionalidade). Este termo tornou-se comum entre os gerontologistas e um amplo conjunto de investigações desenvolveram-se em torno deste conceito (Abeles et al., 1994; Baltes et al., 1990; Garfein et al., 1995; Hazzard, 1995).

A definição de saúde que subjaz este conceito refere-se, portanto, não apenas à ausência de doença, mas também à ausência de fatores de risco para o surgimento da doença. Neste sentido, a ideia de prevenção da doença assume um papel preponderante para a definição do conceito. Ao mesmo tempo que a OMS redigia a carta de Ottawa em 1986, a investigação gerontológica apontava o rumo e o objetivo final da promoção da saúde especificamente para a população idosa: o envelhecimento bem-sucedido. Lançava também as bases do que viria a ser o futuro paradigma do Envelhecimento Ativo, nomeadamente no que se refere ao pilar da participação, ao destacar uma noção de saúde que, transcendendo a esfera individual, destacava a importância do engajamento ativo da pessoa idosa na vida coletiva:

“Enquanto o engajamento ativo com a vida pode tomar diversas formas, estamos particularmente focados em duas – relações interpessoais e atividade produtiva” (Rowe et al., 1997: 433)

De acordo com estes investigadores, uma atividade é produtiva se cria valor social e, nesse sentido, uma pessoa que presta cuidados a um familiar em casa, ou que participa em programas de voluntariado, desempenha uma atividade produtiva, independentemente de ser ou não remunerada. A importância de estar engajado com a vida leva estes autores a considerarem a grande relevância dos fatores comportamentais, do estilo de vida, para a forma como se envelhece. Baseiam-se em resultados de investigação que apontam para que os fatores intrínsecos, biológicos, não sejam dominantes na determinação do risco de desenvolver enfermidades na velhice, mas sim, principalmente, os fatores de ordem ambiental e comportamental.

Os fatores comportamentais identificados são, entre outros, o exercício físico, que pode ter um impacto positivo fundamental na manutenção da mobilidade, garantia de autonomia das pessoas idosas.

Em publicações mais recentes, estes investigadores viriam a ser cautelosos, também, na identificação de alguns fatores externos que pudessem determinar a adoção individual dos estilos de vida saudáveis, indispensáveis ao envelhecimento bem-

sucedido. E, de facto, a sua investigação identificou a extrema relevância de vários fatores sociais e económicos, como importantes preditores do envelhecimento bem-sucedido:

“A escolaridade revelou-se o preditor mais importante, com o maior número de anos de instrução escolar a aumentar a probabilidade de manutenção de uma elevada função cognitiva (...) Ser idoso e ter um rendimento de menos de 10.000 dólares por ano aumenta a probabilidade de um acentuado declínio da performance física, tanto quanto um maior índice de massa corporal (maior índice de gordura), pressão arterial alta, e performance cognitiva baixa” (Rowe et al., 1997: 436-437)

Outro preditor de longevidade e de envelhecimento bem-sucedido seria a existência de uma rede de relações sociais, especialmente para os homens. Há dois tipos de transações fundamentais garantidas pela pertença a redes sociais: transações sociais e emocionais (expressão de afeto, respeito e apreciação) e transações instrumentais (assistência direta; ajuda com transporte, etc.; apoio financeiro).

A importância dos fatores sociais para a determinação da saúde da população idosa foi também considerada pela OMS, no momento da elaboração do paradigma do Envelhecimento Ativo.

No seu programa de políticas para a promoção do Envelhecimento Ativo, a OMS elabora um quadro bastante completo desses vários fatores determinantes (cf. Quadro 4, abaixo).

A explicação sumária deste quadro de fatores é importante para a minha investigação. Nele a OMS destaca como pano de fundo para o impacto dos fatores determinantes a importância da cultura e uma relevante questão de género.

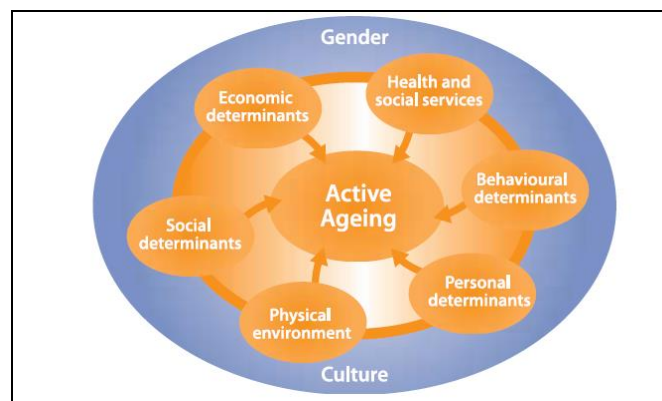
O termo cultura, que se refere aqui, sobretudo, à forma como uma dada sociedade perspetiva a velhice e a população idosa, segundo a OMS, tem importantes consequências para a saúde, no sentido em que quando as sociedades associam a ocorrência de sintomas de doença como parte integrante do processo de envelhecimento, naturalizando-a, é menos provável que promovam a prevenção desses sintomas, a sua deteção num estado precoce e o seu tratamento adequado.

Por outro lado, existe uma importante questão de género a considerar. No sentido, em que, em muitas sociedades, as mulheres têm menor estatuto social,

determinando um menor acesso a alimentação de qualidade, educação, e serviços de saúde. Para além de que, pelo facto de muitas mulheres desempenharem o seu papel de cuidadoras, exercendo as suas atividades no âmbito da esfera familiar, poderão estar sujeitas a situações de maior privação material na velhice. Simultaneamente, há que considerar um maior risco de incapacidade provocada por acidentes, ou de morte, dos homens, em todas as faixas etárias, decorrentes de violência, de acidentes no trabalho, ou de suicídio. Para além de que os homens se envolvem mais do que as mulheres em comportamentos de risco, como fumar, consumo de álcool e de drogas, e exposição desnecessária a risco de lesão.

Quadro 4.

Os Determinantes do Envelhecimento Ativo, OMS



(Fonte: OMS, 2002)

No que se refere aos fatores determinantes do Envelhecimento Ativo, a OMS destaca uma lista bastante ampla:

- determinantes comportamentais, assinalando os malefícios dos comportamentos de risco, e destacando a importância da adoção de estilos de vida saudáveis não apenas na velhice (apontando a necessidade de uma alimentação correta e da prática de exercício físico), mas ao longo de toda a vida;

- determinantes de índole pessoal, como os fatores genéticos, fatores psicológicos e emocionais (como a inteligência e a capacidade cognitiva e emocional de se adaptar à mudança e à perda);

- determinantes relacionados com o ambiente físico, nomeadamente um planeamento urbanístico adequado, que possa promover a independência e prevenir o isolamento da população idosa;

- determinantes sociais, como as redes sociais de suporte, as oportunidades para formação contínua ao longo da vida, a proteção da violência e do abuso, como fatores essenciais para a saúde, a participação e a segurança da população idosa, sendo que a ausência destas condições tem importantes consequências negativas na saúde e na morte prematura da população idosa;

- determinantes económicos, entre os quais se destacam o rendimento, o trabalho e a proteção social, com consequências relevantes ao nível dos 3 pilares do Envelhecimento Ativo.

Envelhecimento Ativo e envelhecimento demográfico: o comportamento individual como solução de um problema social, nos países da União Europeia

Tendo em conta um quadro tão abrangente de fatores determinantes da implementação efetiva do paradigma do Envelhecimento Ativo, a questão que se coloca é a de como operacionalizar este conceito? Ou seja, como implementar, na prática, um paradigma que implica tanto o envolvimento dos atores individuais, como o da sociedade no seu conjunto?

Apesar das amplas referências da OMS a um variado leque de fatores sociais e culturais determinantes do Envelhecimento Ativo, a resposta política concentra-se, em grande medida, no pilar da saúde, por meio da prestação de cuidados de saúde adequados, mas, também, através da promoção da responsabilidade individual sobre a saúde, que, permitindo uma maior participação da população idosa no mercado laboral e reduzindo os encargos dos Estados com a saúde e com as pensões, deverá garantir a sustentabilidade económica.

Como já foi referido na Introdução da presente dissertação, o debate político, mas também o das ciências sociais, é marcado por um conjunto de tensões ou mesmo contradições. O que é fundamental destacar para a análise destas tensões é, como disse anteriormente, a confusão de escalas entre a dimensão individual e a dimensão social do

envelhecimento. Por exemplo, para o Parlamento Europeu, tanto no domínio individual como no domínio social, a solução do problema do envelhecimento é a mesma: o Envelhecimento Ativo. Mas, vamos por partes.

Em primeiro lugar, a enunciação do problema. Trata-se de uma ameaça à sustentabilidade do modelo social europeu, posto em causa pelo envelhecimento demográfico, a que se deverá responder através da promoção de uma “cultura de envelhecimento ativo ao longo da vida”:

“Sucessivos Conselhos Europeus reconheceram a necessidade de os modelos sociais europeus terem em conta os efeitos do envelhecimento demográfico. Uma resposta fundamental a esta rápida mudança na pirâmide etária consiste em promover a criação de uma cultura de envelhecimento ativo ao longo da vida, garantindo assim que a população com perto de sessenta anos ou mais, em rápido crescimento, que, em geral, é mais saudável e mais instruída do que a de qualquer outro grupo etário precedente do mesmo tipo, tenha boas oportunidades de emprego e de participação ativa na vida social e familiar, nomeadamente através de atividades de voluntariado, da aprendizagem ao longo da vida, da expressão cultural e do desporto.” (Decisão Nº. 940/2011/UE Do Parlamento Europeu e do Conselho: ponto 8)

Em segundo lugar, a apresentação da solução:

“A crescente proporção de pessoas mais velhas na Europa e o aumento das doenças crónicas tornam mais importante do que nunca a promoção do envelhecimento saudável para todos e, em especial, para os mais velhos, apoiando a sua vitalidade e dignidade, nomeadamente garantindo o acesso a cuidados de saúde adequados e de alta qualidade, a cuidados de longa duração e a serviços sociais e desenvolvendo iniciativas que promovam a prevenção dos riscos para a saúde associados ao envelhecimento. Envelhecer de forma saudável pode contribuir para que as pessoas mais velhas participem mais no mercado de trabalho, se mantenham ativas na sociedade durante mais tempo, melhorem a sua qualidade de vida individual e reduzam a pressão sobre os sistemas de saúde, de acção social e de pensões.” (Decisão Nº. 940/2011/UE Do Parlamento Europeu e do Conselho: ponto 11)

A “promoção do envelhecimento saudável para todos” deverá não só garantir a “vitalidade” e a “dignidade” dos mais velhos – a dimensão individual do problema do envelhecimento - como, simultaneamente, reduzir “a pressão sobre os sistemas de saúde, de acção social e de pensões” - a dimensão social do problema do envelhecimento. Ou seja, a dimensão individual do problema – a necessidade da promoção de estilos de vida saudáveis - é de crucial importância para a resolução da dimensão social do problema – a sustentabilidade do modelo social e económico europeu.

No entanto, esta solução apresenta, sobretudo, uma confusão de motivações, da esfera social e da esfera individual. Pois, se a motivação social fundamental é a sustentabilidade do modelo social, outra motivação, enunciada em simultâneo, é a de responder às aspirações individuais das pessoas idosas, para que elas “participem mais no mercado de trabalho, se mantenham activas na sociedade durante mais tempo”, para que “melhorem a sua qualidade de vida individual”.

No entanto, se observarmos os dados recolhidos pelo Eurobarómetro da Comissão Europeia, encontramos resultados, em grande parte, contraditórios com as motivações políticas enunciadas.

Em primeiro lugar, importa assinalar que, questionados a respeito de se “Gostaria de continuar a trabalhar depois de atingir a idade a partir da qual passa a ter direito a uma pensão?”, os europeus responderam em larga maioria que não, sendo que apenas cerca de 1/3 respondeu que sim:

Quadro 5.

“Gostaria de continuar a trabalhar depois de atingir a idade a partir da qual passa a ter direito a uma pensão?”

Sim	UE27	PT
TOTAL	33%	27%
Por ocupação		
Empregados por conta própria	46%	37%
Gerente	37%	34%
Outros empregados	29%	27%
Operário	28%	22%

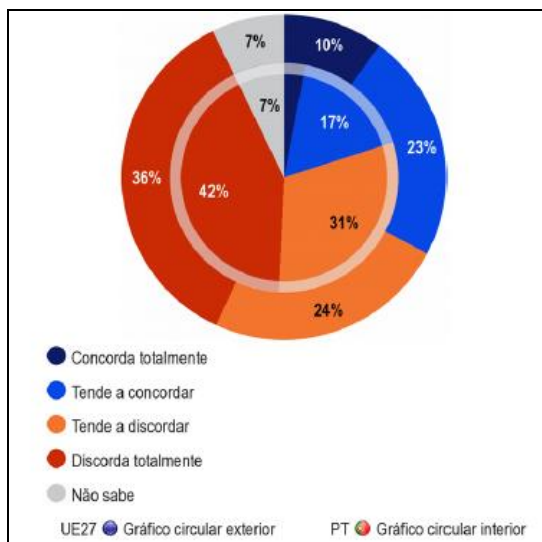
(Fonte: Comissão Europeia, Eurobarómetro 76.2, Resultados para Portugal)

Em segundo lugar, e no mesmo sentido, apenas pouco mais de um terço dos entrevistados da Europa dos 27 concorda totalmente (10%) ou tende a concordar (23%), com a necessidade de aumentar a idade oficial da reforma em Portugal até ao ano de 2030. Os dados são ainda mais expressivos quando a pergunta é colocada apenas aos

portugueses, sendo que apenas 17% tendem a concordar e um número bastante reduzido afirma concordar totalmente:

Quadro 6.

“Até que ponto concorda ou discorda que a idade oficial de reforma em Portugal tenha de ser aumentada até ao ano de 2030?”



(Comissão Europeia, Eurobarómetro 76.2, Resultados para Portugal)

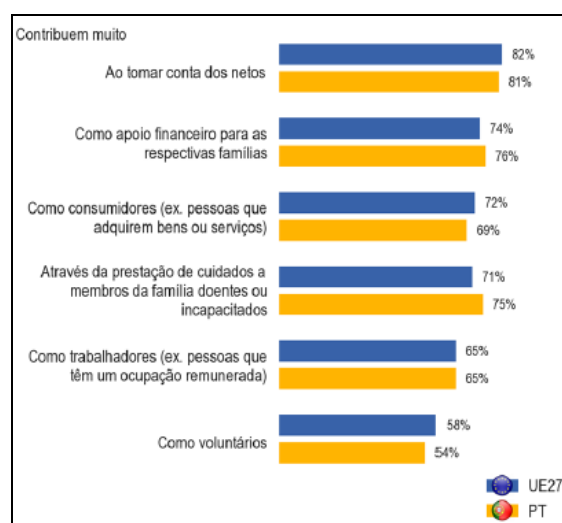
Em terceiro lugar, de extrema relevância são dos dados que apontam para uma perceção dos cidadãos, com Portugal apresentando resultados bastante idênticos aos restantes países europeus, de que, para além de os cidadãos idosos atualmente prestarem já um importante contributo social enquanto trabalhadores (65%), tenham, também, um importante contributo para as famílias, ao tomarem conta dos netos (mais de 80%) e como fonte de apoio financeiro (mais de 70%) (cf. Quadro 7, abaixo).

Da análise dos dados anteriormente apresentados, levanta-se uma questão da maior importância. Ficando evidente a falta de vontade dos europeus em permanecerem ativos no mercado laboral, após a aposentação, assim como, a sua consideração de uma ausência de necessidade de aumentar a idade oficial de reforma, juntamente com o facto de já reconhecerem atualmente um papel ativo da população idosa, nomeadamente como cuidadores familiares e prestadores de auxílio financeiro, então, porquê esta ênfase da União Europeia na promoção do Envelhecimento Ativo? Ou seja, porquê a

promoção da atividade, nomeadamente a defesa de uma maior participação na sociedade, quando ela já é reconhecida pelos cidadãos europeus? E, mais especificamente, porquê a defesa da continuidade no mercado laboral, quando ela vai contra os desejos da população europeia?

Quadro 7.

“Há muitas formas diferentes através das quais as pessoas podem contribuir para a sociedade. Até que ponto pensa que as pessoas com 55 anos ou mais contribuem para as seguintes áreas?”



(Fonte: Comissão Europeia, Eurobarómetro 76.2, Resultados para Portugal)

A sustentabilidade do modelo social e económico europeu, nomeadamente, através, da permanência das pessoas idosas no mercado de trabalho até mais tarde, de forma a reduzir a pressão sobre os sistemas de saúde, de ação social e de pensões, parece ser a derradeira motivação e objetivo pragmático do paradigma político do Envelhecimento Ativo nos países da UE. Mas, para que se possam aliviar os encargos sobre o sistema de saúde, a ação social e as pensões é essencial uma transferência de responsabilidade, mais ou menos intensa, da esfera dos Estados para a esfera individual. Essa delegação de responsabilidade passa pelos indivíduos assumirem uma postura ativa sobre a sua saúde, adotando estilos de vida saudáveis. É, portanto, no âmbito da saúde, nomeadamente da saúde individual, que se joga a solução do problema do envelhecimento demográfico, de envergadura social.

Envelhecimento Ativo e o recurso à Medicina Tradicional Chinesa

A promoção de uma atitude individual de responsabilidade sobre a saúde é um aspeto central para a sustentabilidade económica, no sentido em que aquilo que se espera gastar com políticas de saúde que promovam o Envelhecimento Ativo, incentivando os cuidados primários e a prevenção da doença, será muito inferior aquilo que se terá de gastar com um modelo de intervenção tardia na doença. Dissociando a velhice da ideia de dependência e morbilidade (WHO, 1999) e apostando numa perspetiva de prevenção da doença ao longo de toda a vida, a continuidade das pessoas idosas no mercado laboral é entendida como perfeitamente adequada, garantindo a viabilidade do Estado Social⁶.

Na perspetiva da OMS, a sustentabilidade dos serviços de saúde não é posta em causa pelo envelhecimento da população per se, por duas razões. Primeiro, porque considera haver evidências para se considerar que as causas principais para a escalada dos custos com a saúde prendem-se com outra ordem de fatores, como sejam as ineficiências na prestação de cuidados, a construção de demasiadas estruturas hospitalares, a existência de sistemas de pagamento que incentivam internamentos longos nos hospitais, um número excessivo de intervenções médicas e um elevado custo das tecnologias utilizadas. Em segundo lugar, os custos da intervenção de longo termo poderiam ser reduzidos se houvesse programas e políticas de prevenção da doença e se fosse reconhecida a importância do cuidado informal.

No que se refere ao reconhecimento da importância do sector informal de prestação de cuidados, a OMS defende a necessidade de se chegar a um equilíbrio entre vários tipos de prestação de cuidados. Passar a dar mais apoio ao “self-care” (quando as pessoas tomam conta de si mesmas) e ao cuidado informal (cuidado prestado por familiares e amigos) e não apenas ao cuidado formal (cuidado prestado por serviços sociais e de saúde):

⁶ De facto, a OMS procura contrariar a ideia de que o envelhecimento da população implica necessariamente um custo excessivo para os Estados, destacando a ideia de que uma grande maioria da população idosa não se encontra em situação de dependência e tem vontade de permanecer ativa no mercado laboral formal, mercado informal, voluntariado, para além das trocas inter-geracionais de dinheiro e apoio familiar (WHO, 2002).

“Ao mesmo tempo que é evidente que a maior parte dos cuidados que os indivíduos necessitam é prestado pelos próprios ou por prestadores de cuidados informais, a maioria dos países distribui os seus recursos financeiros de uma forma inversa, i.e., a maior parte dos gastos é com cuidados institucionais” (WHO, 2002: 37)

Como se pode observar, a promoção das competências que permitam aos indivíduos tomarem conta de si mesmos e a capacitação dos cuidadores informais, surge como parte da resposta, não apenas às necessidades de saúde individuais, como à pressão social dos elevados gastos públicos com a saúde dos mais idosos. Com o intuito de apostar na prevenção da doença, seria necessária toda uma reorientação do sistema, destacando-se a importância do sector primário de saúde e da medicina preventiva e não apenas interventiva (OMS, 2004). Seria, também, necessário o desenvolvimento de medicamentos acessíveis a todos os pacientes idosos e que sejam eficazes no tratamento das doenças crónicas, no alívio da dor e na melhoria da qualidade de vida. E a este propósito a OMS propõe uma abertura da esfera de intervenção da Biomedicina a outros parceiros, entre os quais se incluem as formas tradicionais de medicina, como a Medicina Tradicional Chinesa (OMS, 2013; 2002b; 2001).

Neste sentido, num momento em que, em Portugal, estão a ser regulamentadas as designadas Terapêuticas Não Convencionais (TNC) – incluindo a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Acupuntura, Osteopatia, Homeopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropráxia – através de um processo legislativo iniciado em 2003, que deu um passo importante em 2013⁷, mas que, em finais de 2014, ainda aguarda a publicação de algumas portarias legais, gostaria agora de refletir sobre a forma como a MTC poderá ir ao encontro do paradigma do Envelhecimento Ativo, tratando-se de uma medicina que confere ao doente uma autoridade última sobre a sua doença, estimulando uma posição ativa do sujeito sobre a sua própria cura (Farquhar, 1994).

No âmbito da minha investigação, entre as várias TNC, resolvi concentrar-me apenas no recurso à MTC. Se a regulamentação legal desta e das restantes TNC pode ser interpretada como uma evidência do seu crescente prestígio social, a escolha da MTC em particular deve-se ao facto de ela se apresentar, de longe, como a TNC que aufere de uma maior utilização por parte da população portuguesa. Num estudo recentemente

⁷ Cf. Lei n.º 71/2013, de 2 de Setembro que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto.

realizado, com uma amostra nacional representativa da população portuguesa (Lopes, 2010), fica bem evidente, por um lado, o carácter residual do recurso aos “tratamentos não medicamentosos” das designadas “Medicinas Alternativas” (conceito abrangente que inclui mais soluções terapêuticas do que as referidas TNC) (3,7% da população), mas simultaneamente, uma enorme concentração daqueles que efetivamente a eles recorrem na escolha da acupuntura (52,1%).

Fica, assim, evidenciado, para a realidade portuguesa, a importância da acupuntura, entre os utilizadores das TNC, constituindo-se como a valência terapêutica mais utilizada de todas as TNC, mas, também, constituindo a sua escolha preferencial entre os vários recursos da própria MTC⁸.

No entanto, na minha tese, procurei concentrar-me no recurso à MTC, mas apenas por parte da população idosa, uma vez que pretendo compreender como este pode ir ao encontro do paradigma do Envelhecimento Ativo, contribuindo para adoção de uma atitude ativa e responsável da população idosa sobre a sua saúde. A este respeito, se os dados do referido estudo de dimensão nacional apontam para uma maior concentração dos utilizadores das “Medicinas Alternativas” na faixa etária compreendida entre os 36 e os 55 anos, a população com 56 ou mais anos de idade não fica muito atrás. Mas, ainda mais significativo é notar que entre os residuais 3,7% da população com 56 ou mais anos de idade que declaram já terem recorrido a tratamentos não medicamentosos de Medicinas Alternativas, uma grande maioria, 72,7%, declarou que a sua escolha incidiu sobre a acupuntura, que destaca-se, assim, muito claramente, como a sua principal preferência entre os vários recursos terapêuticos “alternativos”.

Estes dados suportam a escolha da MTC e, sobretudo da acupuntura, como foco principal da minha investigação: representando, claramente, a preferência dos utilizadores de recursos terapêuticos alternativos, especialmente entre os portugueses com 56 anos ou mais. Importa agora olhar para a configuração específica do recurso a estas formas terapêuticas.

⁸ A MTC é constituída por cinco valências ou ramos terapêuticos: a acupuntura, a massagem (Tui Na), a fitoterapia, a dietética, o Chi Kung (O’Brien et al., 2003; Zhang et al., 2001; Yang, 1989). Como será explicado mais adiante, para além da acupuntura, que constitui a preferência dos portugueses relativamente aos “tratamentos não medicamentosos de Medicinas Alternativas”, também, o Chi Kung constituirá um foco essencial de análise na presente dissertação.

Este tipo de terapêuticas foi inicialmente designado pelo termo de *medicinas alternativas*:

“(...) originalmente enunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962, definindo no singular (*medicina alternativa*), uma prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais.” (Luz, 2005: 146).

Seriam práticas alternativas à *Biomedicina* no sentido em que permitiriam colmatar a ausência de cobertura médica a grandes grupos populacionais em diferentes partes do mundo. A expansão deste tipo de *medicinas* nos países mais ricos e industrializados, onde se verifica maiores possibilidades de acesso aos cuidados médicos prestados no âmbito da *Biomedicina*, conduziu à problematização do seu caráter, tendencialmente complementar e não tanto alternativo, sendo que, muitas vezes, a sua clientela combina diferentes tipos de tratamentos (Saks, 1992; Sharma, 1992).

E foi, de facto, através da comparação entre a *Biomedicina* e estas outras formas de medicina, que os cientistas sociais encontraram os fatores explicativos do crescente recurso às últimas, identificando as causas do seu sucesso, como o reverso das causas de uma parcial falência do modelo biomédico:

- por um lado, o facto da *Biomedicina* revelar-se incapaz ou deficiente no tratamento de dores crónicas e problemas relacionados com sintomas de “stress” e de ansiedade; o receio dos pacientes quanto aos efeitos secundários nocivos dos medicamentos e ao caráter intrusivo das cirurgias; a relação assimétrica entre médico e paciente, relegando o segundo a um lugar passivo no que respeita ao tratamento; a separação entre corpo e mente ou espírito, que se torna incompreensível ou contra intuitiva para muitos pacientes (Scambler et al., 1998); enfim, uma crítica ao próprio paradigma que rege a medicina convencional contemporânea, na medida em que “(...) afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção.” (Luz, 2005: 151);

- e, por outro lado, no seu reverso, a proposta de um outro tipo de paradigma médico, cujos traços essenciais, mais ou menos comuns às diferentes terapêuticas não convencionais, têm sido identificados: a reposição do sujeito doente, visto como uma totalidade biopsíquica no centro do paradigma médico (centrando igualmente a questão da cura e não tanto a questão do diagnóstico como objetivo central da prática

terapêutica) (Saks, 1992; Sharma, 1992); a relação médico-paciente entendida como elemento fundamental da terapêutica (considerando e valorizando as dimensões simbólicas e psicológicas tanto da doença como do processo de cura, as terapêuticas não convencionais vão de encontro à satisfação do paciente) (Farquhar, 1994); um paradigma centrado na saúde e não na doença, que incentiva a autonomia do paciente e não a sua dependência no que se refere à saúde e à enfermidade, facilitando um “projeto de construção da sua própria saúde” (Luz, 2005).

Dentro das diferentes valências terapêuticas da MTC, uma das que mais exige a adoção de uma postura ativa de promoção da saúde, assente na assunção de responsabilidade individual, é o Chi Kung⁹. Na China, o Chi Kung está relacionado com um variado espectro de práticas, que vão desde o desenvolvimento pessoal, a meditação, o tratamento de problemas de saúde, e as artes marciais, cada uma com a sua história e genealogia específica. O termo “Chi Kung” foi traduzido de diversas formas, sendo que o termo “chi” aponta para as noções de respiração, força vital, ou energia e o termo “kung” remete para a ideia de arte, trabalho, ou exercício do “chi” (Chen, 2003)¹⁰. Pela sua ênfase na promoção da saúde e na assunção de responsabilidade individual, ao encontro do ideário do Envelhecimento Ativo, a prática do Chi Kung pela população idosa mereceu especial análise na presente investigação.

Alguma investigação realizada nos E.U.A. mostra que os idosos utilizam pouco as medicinas alternativas comparativamente ao resto da população (Kessler et al., 2001) e os estudos indicam que o indivíduo-tipo que procura formas não convencionais de cura (alternativa ou, muitas vezes, complementar à biomedicina) é mulher, jovem ou de meia-idade, e de classe média (Saks, 1992; Sharma, 1992). Este aspeto leva-nos a colocar uma questão relevante na presente dissertação: ainda que o aumento de doenças crónicas, juntamente com outros indicadores de fraca saúde, esteja geralmente associado com o aumento do recurso às medicinas alternativas, no entanto, tal não sucede entre a

⁹ O termo Chi Kung é mais comum na literatura de língua portuguesa (cf. Por exemplo, Cirilo et al., 2005), enquanto na literatura anglófona geralmente aparece como “Qi Qong”, o que deriva do seu frequente recurso ao *pinyin*, o método de romanização mais utilizado atualmente para o mandarim padrão.

¹⁰ De acordo com a antropóloga Nancy Chen (2003), embora vários mestres e textos de Chi Kung considerem que este termo tem mais de 5000 anos, diversos investigadores argumentam que o termo é recente, um neologismo inexistente antes de 1950, fruto de um projeto patrocinado pelo Partido Comunista Chinês. Voltarei à questão do carácter moderno da MTC no capítulo 3.

população idosa, que é, justamente, o segmento da população mais associado a estes baixos indicadores de saúde (Grzywacz et al., 2007; Wootton et al., 2001; Egede et al., 2002).

Procurando uma explicação, alguns autores consideram que a decisão de incorporar as medicinas alternativas é moldada pelo curso de vida e por fatores socioculturais (Leventhal et al., 2004; Leventhal, 1993), destacando a pouca experiência prévia dos idosos com este tipo de medicina complementar e alternativa (Kessler et al., 2001) e constatando que quando os idosos julgam que os seus padecimentos são efetivamente severos recorrem diretamente à Biomedicina, em relação à qual têm um elevado grau de confiança (Gump et al., 2001).

Muitos dos terapeutas de MTC que tive oportunidade de entrevistar nos 3 contextos de pesquisa da minha investigação - Santa Cruz (EUA), Rio de Janeiro (Brasil) e, sobretudo, Lisboa (Portugal) (cf. Capítulo 2) - apontaram para a ideia de que à medida que envelhece a população de meia-idade, com maior experiência de utilização da MTC, é de esperar um grande aumento do número de pacientes idosos nos próximos anos. No entanto, tal como procurarei defender ao longo da presente dissertação, as evidências apontam no sentido de que o fraco recurso da população idosa deva-se, não apenas a estes fatores de ordem cultural, mas, em grande medida, à sua situação socioeconómica, em muitos casos, precária.

Algumas definições importantes a respeito da temática do Envelhecimento e do recurso à Medicina Tradicional Chinesa

Ao longo da dissertação terei de recorrer a conceitos que, mais do que simples descritores da realidade, têm uma genealogia específica e comportam múltiplos significados implícitos, para além do mais óbvio e aparente. Procurarei agora apresentar uma definição o mais clara possível dos conceitos que utilizarei ao longo da tese, justificando a sua escolha.

Em primeiro lugar, gostaria de clarificar o que se entende por população idosa. Para a elaboração do paradigma do Envelhecimento Ativo, a OMS serviu-se da definição das Nações Unidas, considerando a população acima dos 60 anos, como

população idosa (OMS, 2002). Já por, exemplo, os dados anteriormente apresentados do Instituto Nacional de Estatística português classificam no grupo etário dos mais idosos todas as pessoas com 65 anos ou mais (INE, Censos 2011).

No entanto, têm sido levantadas críticas teóricas ao agrupamento de uma tão ampla faixa da população, de composição heterogénea, numa mesma categoria, levando alguns autores a procurarem estabelecer uma diferenciação entre os “jovens-velhos” (“young-old”) e os “velhos-velhos” (“old-old”) (Neugarten, 1974). Ou, por exemplo, diferenciando a existência da 3ª idade de uma 4ª idade (Laslett, 1991). O conceito de “terceira idade” terá, possivelmente, surgido em França, com as Universidades de Terceira Idade, na década de 1970. Para alguns autores, este conceito descreve uma altura de oportunidades, o cúmulo de uma vida, ligado a uma sensação de realização pessoal, distinta de uma 4ª idade, como “uma era final de dependência, decrepitude e morte” (Laslett, 1991: 4). Nesta conceção, a passagem de uma idade para outra não está fixa por marcadores etários, tratando-se mais de observar o estado específico em que se encontra cada indivíduo em cada fase da vida.

Como se pode observar, existem duas formas básicas de diferenciar uma enorme diversidade de indivíduos que compõem a população idosa: uma diferenciação de base populacional, em função de marcadores etários; e uma diferenciação de tipo individual, baseada em cada situação específica.

O primeiro tipo de classificação é especialmente útil para fins estatísticos, sendo por isso, preferencialmente adotado por instituições como a OMS, quando realiza estudos de dimensão global, ou pelo próprio INE, quando procura descrever a realidade portuguesa. Com base nesse tipo de definição, a população é classificada como idosa, após os 60 ou 65 anos. O paradigma do Envelhecimento Ativo é dirigido, sobretudo, a esta faixa da população sem haver nenhuma menção particular às possíveis diferenças entre os “young-old” e os “old-old”, ou entre os que se encontram na 3ª idade ou na 4ª idade.

No entanto, esta diferenciação é, geralmente, levada em consideração na investigação sobre envelhecimento, tanto das ciências sociais, como da Gerontologia (Baltes et al., 2003)¹¹.

No outro tipo de classificação, baseado numa diferenciação de tipo individual, tendo em conta cada situação específica, procura-se calcular a expectativa de vida de cada indivíduo, em vez do conjunto de uma população, tendo em conta um referencial geral para os seres humanos que varia entre os 80 e os 120 anos de idade. Neste tipo de cálculo, a transição para a 4ª idade nalguns indivíduos poderá ocorrer aos 60 anos, enquanto noutros apenas aos 90.

A OMS, tendo em conta as limitações de um modelo de classificação da população apenas com base em marcadores demográficos, apela aos decisores políticos a que, quando na implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo, tenham em consideração as enormes variações em termos de saúde, independência e participação entre a população idosa. No entanto, a terminologia gerontológica que aponta para a existência de uma quarta idade está ausente da proposta de implementação do Envelhecimento Ativo feita pela OMS, UE ou OCDE, não sendo alvo da reflexão crítica que me parece fundamental, por um motivo: apesar do muito que ainda possa ser feito para melhorar a qualidade de vida da população idosa ao encontro do paradigma do Envelhecimento Ativo, existe um limite para a capacidade funcional individual (a transição para a 4ª idade), cujas barreiras parecem não poder ser transcendidas nem pelos avanços da ciência biomédica, nem pelas políticas sociais. Voltarei a esta questão com particular atenção no capítulo 8.

¹¹ De acordo com P. Baltes, classificando a população idosa entre a 3ª idade e a 4ª idade, numa base puramente populacional, ou seja, tendo em conta apenas marcadores demográficos:

“A transição entre a terceira e a quarta idades pode ser vista como a idade cronológica a partir da qual 50% das pessoas do mesmo coorte de nascimento já não se encontram vivas. Este tipo de critério aumenta a probabilidade de que as pessoas ainda vivas para lá dessa idade cronológica apresentem processos de morbilidade relacionados com o envelhecimento (...)

Uma forma mais fina de fazer este cálculo, ainda a partir de uma base demográfica, seria limitar mais o critério dos 50%, excluindo do cálculo as pessoas que morreram em idades mais jovens. Desta forma, a transição da Terceira para a Quarta idade aconteceria naquela idade cronológica a partir da qual 50% das pessoas que atingiram 50 ou 60 anos de idade morreram subsequentemente (...)” (Baltes et al., 2003: 125).

Na presente dissertação, tal como será explicado mais detalhadamente no capítulo 2, sobre a Metodologia adotada, concentro-me, sobretudo, no estudo da população com mais de 65 anos de idade (marcador demográfico de ordem populacional), procurando debruçar-me sobre a análise de casos variáveis em termos de saúde (marcador de ordem individual). Desta forma, ao longo da dissertação, utilizo a expressão “população idosa” para me referir genericamente à população com mais de 65 anos, assim como, voltarei a utilizar os conceitos de “terceira idade” e de “quarta idade” para pensar a enorme heterogeneidade que caracteriza este grupo sociodemográfico.

No que respeita à terminologia associada ao recurso da população idosa à MTC, algumas considerações são, também, necessárias. Relativamente à realidade portuguesa, o processo de regulamentação legal das designadas “Terapêuticas Não Convencionais”, tem sido moroso e complexo (cf. Franco, 2010). Refiro-me agora a ele com o intuito de mostrar como a escolha das terminologias a usar ao longo desta dissertação é complexa porque esta terminologia, mais do que meramente descritiva, pode comportar, por si mesma, imenso conteúdo explicativo dos comportamentos dos pacientes. Por esse motivo, ao longo da presente dissertação não irei adotar a designação de “Medicinas Alternativas”, nem tão pouco “Medicinas Complementares”, por considerar que ambas as designações não têm a abrangência lata que se requer, uma vez que descrevem a forma de uso destes recursos terapêuticos que, sendo extremamente diversa, tanto pode, por vezes, surgir em alternativa como de uma forma complementar ao recurso à Biomedicina. A discussão em torno do uso da MTC será amplamente desenvolvida nos capítulos seguintes.

Desta forma, resolvi adotar a designação legal portuguesa de “Terapêuticas Não Convencionais” (TNC), para me referir ao conjunto destas práticas terapêuticas, e de Medicina Tradicional Chinesa (MTC), quando me referir ao objeto mais específico da minha investigação. Se a escolha da terminologia “TNC” me permite deixar em aberto a forma de recurso, alternativa ou complementar, a estas práticas terapêuticas, estou consciente do enorme significado que a diferença entre a designação “Medicinas” e “Terapêuticas” pode ter¹².

¹² A importância desta diferença pode ser medida pela forte reação negativa do bastonário da ordem dos médicos, quando, no final do processo legislativo, verificou-se a inclusão do termo Medicina Tradicional Chinesa no documento legal final (cf. Silva, 2013).

O meu posicionamento em relação a esta matéria deve ser claro. Julgo que faz sentido falar de “Medicina” Tradicional Chinesa, no âmbito da investigação em ciências sociais, uma vez que trata-se de um sistema médico complexo (Leslie 1976; 1992), provido de uma “Racionalidade Médica”¹³ específica, tal como será explicado com mais detalhe no capítulo 3.

Neste sentido, este e outros sistemas médicos, poderiam ser comparados com a Biomedicina, com a sua própria racionalidade específica e não universal (Good, 1994).

Por isso, sendo que entre vários sistemas médicos diversos da Biomedicina, e pelos motivos que já enumerei, escolhi focar-me na análise do recurso à MTC, irei referir-me a este recurso terapêutico sempre pelo termo de “Medicina”. E se aos outros recursos terapêuticos consagrados na lei portuguesa pela designação de TNC me referir pela designação “Terapêuticas”, tal facto não se deve a nenhuma desconsideração, mas, tão somente, ao motivo de que, não constituindo o objeto da minha investigação, refiro-me a esses diferentes recursos terapêuticos, precisamente, na condição em que estão descritos na sua regulamentação legal. No entanto, apesar de praticarem uma “medicina” refiro-me a uma boa parte dos meus interlocutores entrevistados como “terapeutas” de MTC: por um lado, porque permite-me distingui-los dos médicos, nomeadamente, dos “médicos-acupuntores” entrevistados¹⁴, uma classe profissional com interesses distintos e, por vezes rivais, sendo que muitos “terapeutas” de MTC utilizam este termo para se descrever, e nunca utilizam o termo “médicos” para se referirem a eles mesmos; por outro lado, sendo que a maior parte deles não é apenas

¹³ O conceito de “Racionalidade Médica” foi amplamente desenvolvido por Madel Luz:

“Essa categoria, construída ao estilo de um tipo ideal weberiano, estabelece que toda racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólica e empiricamente estruturado de cinco dimensões: uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; e um sistema de intervenção terapêutica.” (Luz, 2005: 175).

¹⁴ A expressão “acupuntura-médica” pode ter dois significados diversos. Em primeiro lugar, pode referir-se simplesmente à acupuntura administrada por médicos, recorrendo a uma utilização simultânea ou de forma alternada à “racionalidade médica” da Biomedicina e da própria MTC, no tratamento dos seus pacientes. Em segundo lugar, num sentido mais estrito, significa o desenvolvimento de uma modalidade de acupuntura que procura explicar os seus efeitos fisiológicos nos termos da Biomedicina (cf. White et al., 2009; 2008), descartando, de forma total ou parcial, um modelo de explicação de acordo com os princípios teóricos da MTC (cf. Zhang et al., 2001; Kaptchuk, 1983).

“acupuntor”, utilizando, também, outros ramos da MTC na sua prática clínica, optei, assim, pela utilização de um termo em consonância com a lei portuguesa das “Terapêuticas” não convencionais.

Para além disso, utilizarei o termo “Instrutores de Chi Kung” para identificar aqueles que lecionam esta modalidade, e, em alguns momentos, o termo “profissionais da MTC” para me referir ao conjunto dos 3 tipos de interlocutores identificados: os terapeutas de MTC, os médicos-acupuntores, e os instrutores de Chi Kung.

Por ultimo, por vezes, utilizarei o termo “Medicinas Alternativas e Complementares” (MAC), derivado da designação anglo-saxónica CAM¹⁵, para me referir a um conjunto de práticas terapêuticas mais abrangente do que aquelas que estão previstas na lei portuguesa que regulamenta as TNC.

¹⁵ A utilização da expressão “medicinas alternativas e complementares” (MAC) está em consonância com o termo geralmente utilizado na literatura anglófona – “Complementary and Alternative Medicines” (CAM) - e a sua utilização no contexto desta investigação descreve um objeto mais amplo e diversificado do que as “Terapêuticas Não Convencionais” (TNC), regulamentadas pela lei portuguesa. Neste sentido, em convergência com a definição ampla do “National Center for Complementary and Alternative Medicine” (NCCAM) dos EUA, mas também com a investigação realizada em Portugal a respeito “Pluralismo Terapêutico” (Lopes, 2010), conceito de que falarei mais adiante, o conceito de MAC engloba práticas não regulamentadas pela lei portuguesa: como seriam a meditação, uma série de massagens e terapias manuais, o ReiKi, a prática do Tai Chi, etc. (cf. site do NNCAM para uma lista exhaustiva - <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>).

Capítulo II

Metodologia

A investigação na origem da presente dissertação foi elaborada com base no recurso a diferentes métodos de recolha e análise dos dados, procurando definir uma metodologia adaptada, sobretudo, à realização de pesquisa em três contextos bem diferentes: Santa Cruz, na Califórnia (EUA); Rio de Janeiro, no Brasil; Lisboa, em Portugal. Em síntese, foi desenvolvida metodologia assente numa etnografia multi-situada, com base na realização de observação participante e de entrevistas semiestruturadas, sendo que os dados foram recolhidos e analisados de acordo com um método de estudo de casos individuais, contextualizados pelo recurso a dados estatísticos provenientes de fontes oficiais e de outras investigações, assim como, pelo recurso a literatura teórica adequada. Farei agora os esclarecimentos devidos para cada um destes aspetos.

A Antropologia dos anos de 1990 promoveu um questionamento crítico do lugar antropológico clássico e da sua tendência para tratar os contextos etnográficos de uma forma atemporal. Para Clifford e Marcus (1986) a Antropologia começava, então, a libertar-se do modo de descrição de lugares particulares desprovidos de contextualização histórica, através de uma nova forma de fazer etnografias que passava por colocar os sujeitos no âmbito da história do sistema-mundo (Clifford et al., 1986:165, em nota de rodapé). De acordo com George Marcus, a Antropologia deste período procurava, assim, ligar diferentes escalas de análise, micro e macro-escópica, inserindo a análise dos contextos locais de observação etnográfica no âmbito da discussão crítica em torno da transformação de sistemas globais de organização política, económica e social. Para o fazer, a Antropologia continuava a concentrar-se em contextos locais particulares, ainda que preferencialmente, segundo este autor, para os objetivos desejados, deveria ser adotada uma abordagem multi-local ou multi-situada, de forma a observar os efeitos da economia política e das configurações históricas de grande escala na vivência de comunidades específicas. Neste sentido, Marcus e Fischer (1986) apontam para a necessidade de uma antropologia interpretativa, mas atenta às dimensões histórica e de economia política.

Na sequência das propostas destes autores, considerei que o objetivo central da minha investigação, o de analisar como se processa o recurso à MTC pela população idosa, levando à identificação de dois tipos de sujeitos que pretendia observar – os pacientes idosos, mas também os próprios terapeutas de MTC - e de dois tipos de objetos de estudo – o envelhecimento demográfico como problema social, por um lado, e a própria MTC como produto de saúde global, por outro lado – seria bem servido pela realização de uma etnografia multi-situada. Ou seja, o mesmo é dizer que a Metodologia adotada resultou dos objetivos da investigação, sendo que estes objetivos compreendiam:

- por um lado, o estudo de sujeitos, implicando a observação e análise das suas perspetivas e comportamentos;

- e por outro lado, a análise de fenómenos sociais dinâmicos, como o são as respostas sociais ao fenómeno do crescente envelhecimento demográfico, ou a expansão, transformação e afirmação da MTC em vários países, fora da China.

Os fundadores da “Grounded Theory”, Glaser e Strauss (2009 [1967]) avançam com o conceito de “amostra teórica” para definir a forma como o investigador, num estudo qualitativo, deve procurar definir a sua amostra em função dos seus objetivos teóricos, uma vez que não se trata de procurar a representatividade de um universo amplo, como acontece nos estudos quantitativos. Foi o que procurei fazer na minha investigação, motivando a realização de etnografia multi-situada.

Assim, partindo da observação do caso português, em que decorre atualmente a regulamentação legal da MTC, considerei que a utilização deste recurso terapêutico em Lisboa poderia ser clarificada através da realização de uma etnografia que, tendo por base diferentes contextos de pesquisa, permitisse compreender de que forma é que um produto de saúde com raízes na China ancestral conseguiu afirmar-se em diferentes países, com diferentes características culturais, sociais, políticas e económicas. Tratou-se, pois, de tentar ir para além da construção do lugar antropológico clássico, procurando compreender, até que medida, é que as características específicas do processo de regulamentação legal da MTC em Portugal, por um lado, e o recurso da população idosa à MTC em Lisboa, por outro, se inscrevem em tendências mais ou menos transversais a outros contextos.

De acordo com os investigadores que utilizam o método da “Grounded Theory”, a teoria deve emergir a partir dos dados, e, segundo as propostas da Antropologia clássica, essa emergência só é possível através de uma submersão do investigador na realidade do seu lugar etnográfico de pesquisa, o mais possível desprovido de concepções estabelecidas *a priori* (Malinowski, 1984 [1922]).

No entanto, na verdade, os períodos de pesquisa foram condicionados por diferentes determinantes *a priori*, como o são sempre em qualquer investigação, que, obviamente, influenciam os resultados finais. O que o investigador deve, então, fazer é identificar esses aspetos determinantes, para que outros possam julgar da justeza dos resultados alcançados. Entre esses determinantes *a priori* identifico pelo menos dois principais na minha investigação:

- a realização de uma leitura atenta das obras de outros autores relativamente aos diferentes contextos de pesquisa, prévia ao contacto com o terreno, que, sobretudo, nos casos de Santa Cruz e do Rio de Janeiro, não apenas justificou a sua escolha como locais de pesquisa preferenciais para a minha investigação, como, também, permitiu-me elaborar uma grelha de objetivos, teoricamente orientados, a cumprir durante esses períodos de pesquisa no estrangeiro;

- o meu próprio posicionamento pessoal em relação à MTC, tendo concluído um curso de instrutores de Chi Kung, antes do período desta investigação, e vindo a dar aulas dessa prática, desde 2009, a um grupo de alunos, constituído, sobretudo, por idosos.

Em relação ao primeiro ponto, a realização de leituras prévias aos períodos de pesquisa a partir da qual foi elaborada uma grelha de objetivos, sendo uma exigência colocada aos antropólogos, tendo em vista a obtenção de financiamento para a sua investigação, apesar disso, não impede que, em boa medida, o resultado final seja fortemente fundamentado nos dados e que, efetivamente, tenha emergido a partir destes. No caso particular da minha investigação, basta-me referir que a necessidade de reflexão teórica a respeito dos fatores sociais determinantes da saúde e de uma análise crítica da literatura especializada nesta temática, ocupando um lugar de destaque na dissertação final, resultou diretamente da análise dos dados recolhidos, sendo que não estava contemplada no projeto de investigação inicialmente elaborado.

Ainda assim, foi com base nessas leituras prévias a respeito do tema que procurava investigar que pude identificar a importância de realizar pesquisa etnográfica em Santa Cruz e no Rio de Janeiro, como algo fundamental para uma compreensão mais clara do que encontrava na realidade de Lisboa, constituída como foco central da minha investigação.

Assim, antes de passar à descrição dos métodos adotados para a recolha e análise dos dados, julgo que uma síntese do percurso da minha investigação poderá elucidar a forma como desenvolvi o que tenho vindo a designar por etnografia multi-situada.

Durante o primeiro ano e meio da minha investigação, de Outubro de 2010 a Fevereiro de 2012, realizei um conjunto de entrevistas iniciais, quer a pacientes idosos quer a terapeutas da MTC, localizando-me, sobretudo, na Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa (ESMTC).

O enfoque especial dado aos terapeutas de MTC e pacientes desta instituição de ensino que é, simultaneamente uma clínica, resultou tanto dos meus objetivos teóricos como da minha relação pessoal com a ESMTC. Pois, por um lado, trata-se de uma escola/clínica que, fundada em 1992, leciona cursos de MTC desde 1996, sob um protocolo assinado com a Universidade de Medicina Chinesa de Nanjing na Republica Popular da China, sendo que o seu diretor, José Faro, foi o representante da Acupuntura na Comissão Técnica Consultiva (cf. Lei nº45/2003, de 22 de Agosto), que participou na regulamentação das terapêuticas não convencionais em Portugal. Esta instituição está também na base de uma das principais associações de acupuntores do país, a Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), e o seu papel relevante no desenvolvimento, expansão e regulamentação da MTC em Portugal foi já analisado por outros autores (Franco, 2010).

Por outro lado, devo referir a minha relação pessoal com esta escola, decorrente do facto de eu mesmo ser um antigo aluno do seu Curso de Instrutores de Chi Kung, a partir do qual desenvolvi uma relação pessoal com alguns dos seus terapeutas de MTC. Foi a partir da realização deste curso, concluído em 2009, que, ainda antes de iniciar a presente investigação, tornei-me instrutor de Chi Kung, com aulas regulares na Sociedade Portuguesa de Naturalogia (SPN), uma instituição de utilidade pública, que viria a constituir um locus fundamental para o desenvolvimento da minha pesquisa.

Essa experiência no ensino desta prática revelou-se fundamental para a elaboração do próprio projeto de investigação, na base da presente dissertação. Assim, em boa medida, o contato com o terreno antecedeu a problematização teórica e esteve, efetivamente, na sua origem. Ainda que, logo após esse contato prévio com o terreno, baseado na minha própria experiência de ensino de Chi Kung, como disse anteriormente, a realização de uma leitura crítica da literatura especializada nos temas do envelhecimento, enquanto problema social, e da MTC, enquanto produto de saúde global, tenha enformado as perguntas de partida da investigação. Foi, assim, não apenas baseado na minha própria experiência pessoal, mas a partir de uma revisão crítica da literatura especializada que tomei consciência da pertinência de conceder um enfoque especial à ESMTC, como locus fundamental para a minha pesquisa, relativamente à realidade de Lisboa.

Mas, para além disso, foi, de facto, a minha relação pessoal com a ESMTC que possibilitou um acesso mais rápido a informação extremamente relevante para a minha investigação e para que eu pudesse, desde o início, fundamentar os passos subsequentes, não apenas nas leituras teóricas que ia realizando, mas, também, em grande medida, na análise dos dados que ia recolhendo.

Em função dessas leituras e da análise desses primeiros dados, afigurava-se pertinente para a minha investigação realizar pesquisa em Santa Cruz, na Califórnia, nos EUA, algo que viria a acontecer de Março a Maio de 2012, durante 3 meses. A decisão de localizar a minha investigação neste contexto justificava-se, inteiramente, em termos teóricos, tendo em conta o carácter pioneiro daquele Estado norte-americano na regulamentação legal da MTC fora da China, contribuindo decisivamente para a sua configuração moderna e para a sua afirmação no panorama internacional. Para além disso, o caso norte-americano apresentava características dissonantes do caso português – nomeadamente, o facto de se tratar de um país em que, tanto a prestação de tratamentos de MTC como a de cuidados médicos no âmbito da Biomedicina, ocorrer, fundamentalmente, num registo de contratualização privada - que, justamente, através da análise dessas diferenças, mas, também, de eventuais semelhanças, poderia elucidar a realidade de Lisboa.

Posteriormente, após a estadia na Califórnia e depois de um período intercalar de cerca de um ano concentrando-me novamente na Grande Lisboa, de Março até Julho de

2013 (5 meses), dei um novo passo importante no sentido da realização da minha etnografia multi-situada, complementando a investigação realizada em Lisboa e na Califórnia com trabalho de campo realizado no Rio de Janeiro, no Brasil. A escolha do Rio de Janeiro justifica-se, também ela, por motivos teóricos importantes:

- trata-se de uma realidade em que a prestação de tratamentos de acupuntura ocorre integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, ao contrário do que acontece no caso da Califórnia, e do que a lei portuguesa, até ao momento, prevê no seu enquadramento legal;

- o facto de esses tratamentos de acupuntura no âmbito do SUS serem exclusivamente administrados por médicos, de acordo com o enquadramento legal brasileiro;

- o facto do Rio de Janeiro ser um contexto de profundas desigualdades sociais e económicas, constituindo um lugar privilegiado para a análise das consequências dessas desigualdades na saúde da população idosa que recorre à MTC;

- o facto de tratar-se de um país com uma população jovem comparativamente à realidade de profundo envelhecimento demográfico que caracteriza a população portuguesa.

No entanto, apesar de todos estes importantes motivos teóricos, a definição dos lugares de pesquisa que fundamentaram esta etnografia multi-situada resultou, também, de uma importante componente de relações pessoais/institucionais. Pois, através das relações de colaboração profissional da minha orientadora principal - Cristiana Bastos, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL), instituição de acolhimento para a realização do meu doutoramento - com os antropólogos Nancy Chen na University of California Santa Cruz (UCSC) e Luíz Fernando Dias Duarte do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Museu Nacional – UFRJ), oferecia-se-me, no primeiro caso, a possibilidade de um acolhimento como aluno visitante, e, no segundo caso, a oportunidade de uma co-orientação formal da minha investigação. Neste sentido, é justo dizer que a definição dos lugares fundamentais para a minha etnografia multi-situada resulta tanto da definição dos objetivos teóricos enunciados, como da existência de uma rede de relações pessoais/institucionais que me

permitiram extrair o máximo de informação nos breves períodos de investigação em cada um destes contextos de pesquisa.

Para alcançar o resultado final foi necessário tomar decisões fundamentais, que influenciaram na definição da metodologia adotada.

De forma a conseguir conciliar numa mesma tese informação referente a múltiplos contextos e a diversos temas de investigação – sendo que tanto o envelhecimento demográfico, como a MTC, são, de forma separada, e por si mesmos, temas centrais de uma enorme quantidade de investigação de múltiplos autores – tive de optar por tornar um dos contextos claramente dominante em relação aos outros dois. Isso levou a que o esforço de contextualização etnográfica, quer a partir da realização de extensa observação participante, como de um grande número de entrevistas, assim como, através da recolha e análise de dados estatísticos reunidos a partir de fontes oficiais ou de outras investigações, tenha sido de muito maior envergadura relativamente ao caso de Lisboa, comparativamente aos casos de Santa Cruz e do Rio de Janeiro.

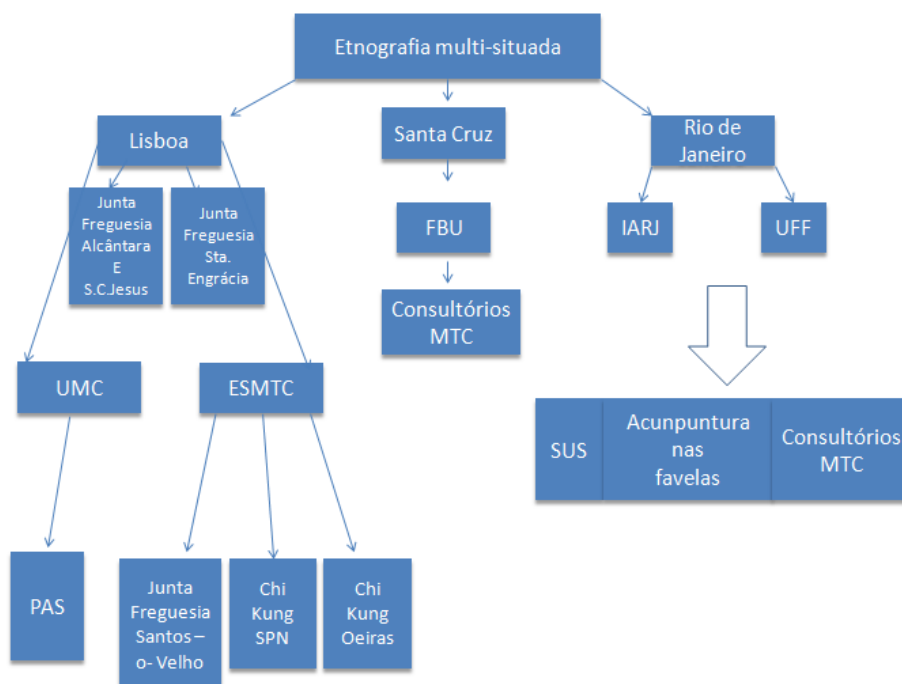
Assim de um total de 65 entrevistas, com a duração média aproximada de 1 hora, 41 dessas entrevistas foram realizadas na área metropolitana de Lisboa. Mais concretamente, as entrevistas realizadas no âmbito da presente investigação incidiram sobre 4 grupos distintos de interlocutores: os pacientes idosos de MTC; os praticantes idosos de Chi Kung; os terapeutas de MTC/instrutores de Chi Kung; os médicos-acupuntores. A distribuição do número de entrevistas realizadas ao longo da investigação pelos 3 contextos de pesquisa encontra-se exposta na tabela 1, no final deste capítulo.

Tratando-se de uma investigação assente em métodos qualitativos, o objetivo não era alcançar nenhuma espécie de quantificação relativamente às perspetivas ou comportamentos dos 4 grupos de interlocutores identificados, nem tão pouco fazer um levantamento exaustivo dos locais onde decorre a prática clínica de MTC nos diferentes contextos de pesquisa. Desta forma, entre uma enorme variedade de lugares possíveis para cada contexto de pesquisa, tive de escolher onde sediar a minha investigação, em função dos meus objetivos teóricos, como disse anteriormente. Clarificar a metodologia

adotada nesta investigação passa, julgo eu, por dar conta dessas escolhas, justificando a forma como foi estruturada a etnografia multi-situada que encontra-se na sua base.

A minha pesquisa nos três contextos de pesquisa organizou-se, em grande medida, em torno de três instituições de ensino da MTC, que funcionam, também, como clínicas, e que têm uma especial importância nas comunidades em que se inserem:

Esquema – Etnografia Multi-situada



No que se refere a Lisboa, para além do enfoque especial concedido à Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (<http://www.esmtc.pt/>), o contacto com o terreno, juntamente com uma revisão da investigação de outros autores sobre este contexto (cf. Tavares, 2010), apontava para a importância da Universidade de Medicina Chinesa (<http://www.umc.pt/>), presidida por Pedro Choy, com sede em Lisboa e outros dois núcleos no norte de Portugal, um no Porto e outro em Coimbra. A relevância destas duas escolas no panorama da prática da MTC em Lisboa é evidenciada, por um lado, pela ligação dos seus fundadores e ex-alunos a duas grandes associações de acupuntadores no país: os associados da Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), e os da Associação Portuguesa de Acupuntura e Disciplinas Associadas (APADA). A importância dos fundadores destas duas escolas e

das associações a elas ligadas, é evidenciada, por outro lado, pelos outros cargos que desempenham e cuja posição decorre do seu reconhecido mérito: enquanto José Faro foi o representante da Acupuntura na Comissão Técnica Consultiva que colaborou na definição da regulamentação legal das TNC, Pedro Choy é, também, Vice-Presidente da Federação Mundial das Associações de Medicina Tradicional Chinesa (FMAMC), em Pequim, e Vice-Presidente da Federação Pan-Europeia das Associações de Medicina Chinesa (PEFOTS).

Foi a partir destas duas instituições de ensino da MTC que cheguei a alguns dos principais lugares de observação que constituem o terreno da pesquisa etnográfica realizada em Lisboa. Ambas as instituições prestam tratamentos de MTC a baixos custos, nas suas instalações¹⁶, sendo que, no caso da ESMTC, foi-me permitido um acesso aos registos clínicos de alguns pacientes idosos, que, assim, constituíram uma fonte importante para a minha investigação. Para além disso, ambas as instituições ou alguns dos seus atores encontram-se na base de outros projetos de prestação de tratamentos de MTC em regime de voluntariado - o Projeto Alternativo de Saúde (PAS), da iniciativa de Pedro Choy – ou em regime de baixos custos – a acupuntura na Junta de Freguesia de Santos-o-Velho¹⁷ – que constituíram lugares fundamentais da pesquisa realizada para esta investigação. Pois, como será explicado na dissertação, estes lugares têm a particularidade, extremamente relevante para a minha investigação, de apresentarem uma maioria de pacientes idosos, ao contrário da norma frequente nos consultórios privados de MTC, nos 3 contextos de pesquisa.

¹⁶ Estas duas escolas desenvolvem a formação dos seus alunos de uma forma semelhante à dos hospitais universitários, no sentido em que o local de aprendizagem é, também, um local de prestação de tratamentos. No âmbito da clínica associada à escola, são prestados tratamentos de MTC a baixos custos que, ao mesmo tempo que garantem uma aproximação à comunidade envolvente, permitem contornar os constrangimentos económicos de alguns pacientes (sobretudo, dos mais idosos), ao mesmo tempo que esses tratamentos servem a formação dos estudantes, assim, baseada na confrontação com casos clínicos reais.

¹⁷ Várias das Juntas de Freguesia sobre as quais incidiu a minha pesquisa foram sujeitas a uma alteração de nome, de acordo com a Reorganização Administrativa do Território: a Junta de Freguesia de Santos-o-Velho passou a ser integrada na Junta de Freguesia da Estrela; Santa Engrácia na Junta de Freguesia de São Vicente; a Junta do Sagrado Coração de Jesus encontra-se hoje sob a designação de Junta de Freguesia de Santo António; apenas a Junta de Freguesia de Alcântara mantém a mesma designação.

Também, tal como se pode observar no esquema acima apresentado, alguns dos principais locais da observação participante realizada junto de praticantes idosos de Chi Kung apresentam uma relação direta com a ESMTC. No caso da Sociedade Portuguesa de Naturalogia, sendo eu mesmo um antigo aluno do curso de instrutores de Chi Kung da ESMTC, dando aulas a um grupo de praticantes idosos, em que a continuidade das aulas ao longo de todo o período em que decorreu esta investigação, apenas interrompida a espaços, pelos meus momentos de pesquisa no estrangeiro, constituiu uma fonte constante e fundamental de dados. No caso do grupo de Oeiras, cujas aulas eram administradas por ex-alunos da ESMTC (e onde eu mesmo cheguei a lecionar algumas vezes, em substituição de um desses instrutores), das quais fui um assíduo observador e participante, verificou-se a mesma importância para a elaboração da dissertação final.

Ora, estas duas escolas de especial relevância no contexto do ensino da MTC em Lisboa, estão estruturadas de uma forma bastante semelhante à Five Branches University de Santa Cruz, na Califórnia (<http://www.fivebranches.edu/>), de elevada importância no contexto desta pequena cidade norte-americana, mas também, muito além dela, no contexto da Califórnia¹⁸. A importância desta instituição de ensino em Santa Cruz é atestada pela importância que a sua clínica de tratamentos a baixos custos

¹⁸ A Five Branches University de Santa Cruz é um dos pólos desta instituição de ensino, que também está sediada em San José. Tal como os seus profissionais me viriam a descrever, os alunos formados por esta Universidade de MTC ocupam sempre os lugares cimeiros nos exames estaduais, obrigatórios para a credenciação dos profissionais da MTC, de acordo com a legislação da Califórnia. Há vários aspetos partilhados entre a Universidade de Medicina Chinesa (UMC) e a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC) e que são, também, comuns à sua congénere norte-americana. Por um lado, o facto de tratarem-se de escolas que não se concentram apenas no ensino da acupuntura, promovendo um programa curricular que integra o ensino da acupuntura nas várias valências da MTC, ideia, desde logo, manifesta na designação da escola californiana, que faz uma referência direta aos 5 ramos terapêuticos da MTC.

Por outro lado, as duas escolas portuguesas, à semelhança do que acontece com a escola californiana, baseiam parte da sua legitimidade e reputação nos protocolos de ensino que estabelecem com Universidades chinesas, no sentido de verem os seus cursos reconhecidos no país de origem dos conhecimentos que procuram difundir. Define-se como uma estratégia comum de legitimidade perante os potenciais interessados em tornarem-se futuros profissionais de MTC. Mais do que no caso da Califórnia, no caso de Lisboa, onde, até ao momento, não havia qualquer regulamentação da prática da acupuntura e, assim, não estavam definidas na lei quais as instituições de ensino que reuniam as condições necessárias para a formação de profissionais qualificados, o estabelecimento de protocolos com Universidades Chinesas constituía uma importante estratégia de diferenciação em relação a outras escolas, com currículos mais curtos, cujos alunos formados, iriam disputar o mesmo mercado.

assume para a população local, sobretudo a mais carenciada, muitas vezes idosa, que, de outra forma, dificilmente teria acesso a tratamentos de MTC. Para além disso, quase todos os profissionais de MTC que tive a oportunidade de entrevistar em Santa Cruz, e tantos outros que não tive possibilidade de contatar, foram formados por esta Universidade, trabalhando agora nas várias clínicas privadas que existem espalhadas pela cidade e até mesmo na área da Baía de São Francisco.

Também, no que respeita ao Rio de Janeiro, concentrando-me, sobretudo, em torno dos médicos-acupuntores, o terreno de pesquisa foi estabelecido, em grande medida, a partir de uma instituição de ensino da MTC. O Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro (IARJ) (<http://site.iarj.com.br/>) oferece, desde 1984 até aos dias de hoje, uma especialização em acupuntura médica, exclusiva para médicos, e que formou muitos dos médicos-acupuntores que hoje trabalham no Rio de Janeiro. Inclusive, o outro curso de especialização em acupuntura médica, também ele reconhecido pelo Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA) (<http://www.cmba.org.br/>), a ser lecionada na Universidade Federal Fluminense (UFF) (<http://www.proppi.uff.br/posgraduacao/lato-sensu/medicina-tradicional-chinesa-acupuntura>), e que hoje tem, também, um papel preponderante na formação dos médicos-acupuntores do Rio de Janeiro, surgiu da iniciativa de dois médicos acupuntores, também eles, formados no IARJ. Nestas duas pós-graduações formaram-se, ou nelas são professores, os médicos-acupuntores que tive a oportunidade de entrevistar durante o meu período de pesquisa no Rio de Janeiro e que, hoje em dia, prestam tratamentos de acupuntura no SUS, ou em projetos de voluntariado em Favelas da cidade, e, todos eles, em consultórios particulares localizados na Zona Sul, entre os bairros de Copacabana, Ipanema e Leblon.

Para os 3 contextos estudados, para além das entrevistas a interlocutores de alguma forma relacionados com as referidas instituições de ensino, foram realizadas entrevistas a outros interlocutores que nada têm a ver com elas e com os quais travei contacto, muitas vezes, através de referência pessoal (em “bola de neve”), ou, ainda noutros casos, simplesmente, batendo à porta da sua clínica de MTC, ou aparecendo no local das suas aulas de Chi Kung ou Tai chi.

Mas, após descrita a forma como foi definida a estruturação da etnografia multi-situada, importa descrever que métodos foram utilizados para a análise de todo o material recolhido através das dezenas de entrevistas realizadas e das anotações do diário de campo onde reunia dados provindos da observação participante. A este respeito, não posso dizer que tenha seguido apenas um método específico, da forma exata descrita previamente por algum outro autor. Mas, posso sim, apontar as várias influências principais onde fui buscar a minha inspiração metodológica.

Em primeiro lugar, explicar que as entrevistas foram transcritas e, posteriormente, sujeitas a uma análise temática (Bardin, 1977). A identificação das categorias temáticas principais seguiu, apenas até certo ponto, e não de uma forma estrita, as sugestões de alguns autores da “Grounded Theory”, sobretudo Glasser e Strauss (2009 [1967]), no sentido de identificar as categorias dominantes, as suas propriedades constitutivas e as relações de sentido entre estas propriedades¹⁹.

No entanto, a minha influência principal, sobretudo, no tratamento analítico dado às entrevistas provém da obra do antropólogo e médico psiquiatra Arthur Kleinman, quando aponta para a importância de se estudarem as “narrativas de doença” dos sujeitos, enquanto experiência individual subjetiva e inter-subjetiva, porque inscritas em relações sociais (Kleinman et al., 1997; Kleinman, 1988; 1995). No mesmo sentido, reconheço a influência da obra de Paul Farmer, um dos mais proeminentes alunos de Arthur Kleinman, justamente, na sua procura de passar da escala micro para uma escala macroscópica, procurando enquadrar as “narrativas de doença” individuais e relacionadas com um contexto local particular, na história e economia política nacionais (Farmer, 1988; 1990; 1992). E ainda, para o tema específico da prática do Chi Kung, a obra da antropóloga Nancy Chen, que opera o mesmo tipo de análise em diferentes escalas, desde o campo dos comportamentos individuais, à esfera social e da intervenção do Estado no apoio ou perseguição desta prática em particular (Chen, 2003), mas que julgo poder ser extensível ao estudo da MTC no geral.

¹⁹ Veja-se, por exemplo, no capítulo 3 da presente dissertação, o tratamento analítico dado à categoria temática “autoridade última do paciente sobre a sua saúde”.

Ao longo da minha dissertação procurarei fazer esse salto entre diferentes escalas de análise, através do enquadramento das “narrativas” individuais dos meus interlocutores no contexto social, económico e político mais abrangente, recorrendo a dados estatísticos provenientes de fontes oficiais e da investigação desenvolvida por outros autores das diferentes ciências sociais, da Geriatria e saúde pública.

Para o poder fazer, optei por uma análise das entrevistas baseada no método comparativo (Ragin, 1987) e de estudos de caso²⁰ (Yin, 2003) sendo que, sem procurar generalizar de um caso para os restantes casos – uma vez que não estou à procura de medir a frequência dos comportamentos individuais, algo que seria próprio de um estudo de tipo quantitativo - tratou-se sim de, a partir de cada caso, generalizar para a teoria que está a ser construída. Mais concretamente, no âmbito da minha investigação, um caso tanto pode corresponder a cada um dos contextos de pesquisa - por exemplo, o caso de Lisboa, comparativamente aos casos de Santa Cruz e do Rio de Janeiro – como pode corresponder aos elementos dos diferentes conjuntos entrevistados – por exemplo, a perspetiva de um terapeuta de MTC de Lisboa em confronto com a de um médico-acupuntor do Rio de Janeiro. Cada caso é sustentado pelos dados recolhidos – através das entrevistas, observação participante, dados estatísticos de fontes oficiais e de outras investigações, e, até, em alguns momentos, notícias de jornais - e a sua discussão e comparação com outros casos será o ponto de partida para uma incursão na literatura teórica diretamente relacionada. Desta forma, procurarei não só alcançar um refinamento teórico da discussão do caso em questão, como também, contribuir para o debate teórico mais geral.

Pretende-se desta forma, construir teoria a partir dos dados: a discussão de casos particulares constitui um primeiro nível de elaboração; o estabelecimento de relações de sentido entre casos, resultante da sua discussão comparativa, corresponde a um segundo nível; o terceiro nível corresponde ao confronto destes casos particulares e das relações de sentido estabelecidas entre estes com a literatura teórica, permitindo, em última

²⁰ Ao longo da dissertação serão analisados casos individuais dos meus diferentes interlocutores. Os nomes dos pacientes de MTC e praticantes de Chi Kung nos casos descritos são fictícios, de forma a salvaguardar a privacidade da sua vida pessoal. Pelo contrário os nomes dos terapeutas de MTC, médicos-acupuntores e Instrutores de Chi Kung são verdadeiros, pois os seus testemunhos referem-se, sobretudo, a pontos de vista pessoais a respeito da sua experiência profissional, que os torna figuras de relevo no âmbito da prática clínica da MTC, da acupuntura e do Chi Kung, nos diferentes contextos de pesquisa.

análise, a crítica à própria teoria, desta forma validada, revista, ou rejeitada. Desta forma, estamos perante um procedimento de tipo indutivo em que, a cada nível, verifica-se uma, cada vez maior, abstração teórica, mas sempre bem ancorada nos dados particulares que foram recolhidos no âmbito da presente investigação.

Tabela 1. Entrevistas

Interlocutores	Lisboa	Santa Cruz	Rio de Janeiro
Pacientes	13 (1 homem e 12 mulheres; todos acima dos 65 anos)	2 (2 mulheres; uma de 57 e outra de 65 anos) ²¹	2 (um homem de 65 e uma mulher de 77 anos)
Praticantes de Chi Kung	11 (3 homens e 8 mulheres; todos acima dos 65 anos, exceto mulher de 46 anos) ²²	1 (mulher acima dos 65 anos de idade)	---
Terapeutas MTC/Instrutores de Chi Kung	17 (apenas 1 é somente instrutor de Chi Kung; os restantes são terapeutas de MTC; 6 são também, ou já foram, instrutores de Chi Kung) ²³	8 (6 terapeutas de MTC; 1 instrutor de Chi Kung; 2 instrutoras de Tai Chi ²⁴)	3 Terapeutas de MTC; 4 Fisioterapeutas que são também Terapeutas de MTC
Médicos-acupuntores	---	---	6 (2 no SUS; todos com consultórios privados)

²¹ Estas mulheres são simultaneamente pacientes de MTC e instrutoras de Tai Chi, sendo que o mesmo tipo de sobreposição acontece com alguns outros casos, levando a que a contagem das entrevistas a partir da tabela 1 ultrapasse ligeiramente o total de 65 entrevistas, anteriormente enunciado. A importância desta explicação adicional prende-se, também, com o facto de que os casos destas duas mulheres merecerão especial destaque no capítulo 8 da presente dissertação (cf. 8.1).

²² Esta mulher de 46 anos representa o caso invulgar de alguém que se aposentou largos anos antes da norma frequente dos 65 anos de idade e permitiu-me problematizar alguns aspetos relacionados com a transição da idade ativa para a aposentação (ainda que este caso em concreto não seja diretamente discutido na dissertação final).

²³ Das 17 entrevistas realizadas, 11 dos meus interlocutores têm alguma ligação à ESMTC: 6 são professores e terapeutas na sua clínica; 3 são alunos finalistas; 2 são ex-alunos. Das restantes entrevistas realizadas, 3 dos meus interlocutores têm ligação com a UMC: o diretor clínico do Projeto Alternativo de Saúde (PAS) de Almeirim (cf. Capítulo 8.3.1.); duas ex-alunas da UMC, uma delas tendo estagiado no PAS e a outra com formação pós-graduada em Geriatria. Para além das notas anteriores, um dos terapeutas de MTC entrevistados, que, não tendo relação com a ESMTC nem com a UMC, merecerá especial destaque na dissertação (cf. capítulo 8.3.4). Sendo, sobretudo, um fitoterapeuta-acupuntor, é o presidente do Instituto Hipócrates de Ensino e Ciência, e desenvolve a sua prática clínica em duas Juntas de Freguesia de Lisboa. Outro caso sem relação direta com estas duas importantes instituições de ensino da MTC em Lisboa, é o caso do terapeuta de MTC que desenvolve a sua prática clínica, também, numa outra Junta de Freguesia de Lisboa (cf. Capítulo 8.3.3.).

²⁴ Estas duas interlocutoras foram entrevistadas em conjunto, como, aliás, também viria a acontecer no caso de duas pacientes de MTC em Lisboa. As entrevistas com dois interlocutores em conjunto têm a vantagem de registar os diálogos que, por vezes, ocorrem entre os entrevistados e, não apenas, o discurso direcionado diretamente para o entrevistador.

Capítulo III

A responsabilidade individual sobre a saúde: um pilar fundamental do Envelhecimento Ativo

Entendo que a MTC e a Biomedicina, mais do que constituírem “sistemas médicos” (Leslie, 1976) estanques e isolados, constituem, na verdade, “sistemas adaptativos” (Dunn, 1976), marcados por profundas discontinuidades históricas, sujeitos às influências recíprocas que exercem. Por um lado, a estandardização da MTC foi uma consequência direta dos seus sucessivos encontros com a Biomedicina (Zhan, 2009), por outro lado, a sua expansão, acompanhada do crescimento de outras medicinas alternativas e complementares (MAC), um processo decorrente de um importante movimento de consumidores (Goldner, 2004), conduziu a uma progressiva abertura da Biomedicina a outros modelos de explicação das doenças (sobretudo através da “nova saúde pública”) (Minkler, 1989) e a outras formas de delinear os tratamentos (incorporando elementos do modelo “Holista” de explicação das doenças (Goldsmith, 1999; Alster, 1989) que vinha sendo apanágio das MAC, sem, no entanto, pôr em causa a hegemonia do modelo biomédico (Good, 1994; Foucault, 1973), algo que é bem visível na concomitante emergência e afirmação da “Medicina baseada na evidência” (Willis et al., 2004; Sackett et al., 1997; Cochrane, 1972).

A importância deste argumento para a presente dissertação relaciona-se com algo que foi previamente identificado como um aspeto central para o paradigma do Envelhecimento Ativo: a promoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual da população idosa sobre a sua saúde. Pois, é a partir deste argumento que procuro clarificar aquilo que anteriormente, logo na Introdução, considerei como uma das principais tensões que marcam o debate a respeito do envelhecimento demográfico, em geral, e sobre o envelhecimento ativo, em particular: de um lado, a ideia de que a Biomedicina exerce uma “medicalização” (Illich, 1976) da velhice, remetendo os idosos para um papel passivo (Sankar, 1984); do outro lado, a constatação de que o paradigma do Envelhecimento Ativo, nascido da própria Biomedicina, sobretudo, com base nas investigações da ciência gerontológica, procura promover uma postura ativa da população idosa a respeito da sua saúde (OMS, 2002).

Não se trata de tomar partido de nenhum dos polos da discussão, pois, na verdade, parece-me haver evidências de que ambas tendências coexistem na Biomedicina, correspondendo, às contradições próprias de um “sistema médico” complexo e marcado por correntes heterogêneas, para além do modelo biomédico dominante (Bendelow, 2009). Para além disso, estas tendências contraditórias resultam das pressões de diferentes atores sociais, por exemplo, dos movimentos dos consumidores aos interesses estratégicos dos próprios Estados, face a conjeturas históricas específicas (Saks, 1995; Cant et al., 1999) .

Considerando a primazia da Biomedicina na elaboração do paradigma do Envelhecimento Ativo, mas notando, igualmente, que a definição de um dos seus pilares essenciais - a promoção de uma postura ativa e responsável da população idosa sobre a sua saúde – resulta diretamente da influência do modelo da “nova saúde pública” na Biomedicina, cuja emergência foi, entre outros fatores, estimulada pela expansão da MTC (entre outras MAC) (Turner, 2004), procurarei, ao longo deste capítulo, analisar: num primeiro momento, a recorrente tentativa dos terapeutas de MTC, mas também dos médicos-acupunctores no sentido da promoção dessa postura ativa dos pacientes idosos perante a sua saúde; assim como, num segundo momento, a maior ou menor adesão dos seus pacientes, a partir da comparação de casos extremos e variados.

Dessa análise, ficarão evidenciados alguns pontos fundamentais:

1) – a constatação de que a tentativa dos terapeutas de MTC e médicos-acupunctores no sentido da promoção de uma postura ativa e responsável do paciente idoso, conducente à constituição de um “estilo de vida saudável”, representa um elemento fundamental da sua prática clínica e assenta sobretudo em dois aspetos:

. a alteração dos hábitos de atividade física dos seus pacientes, através da promoção da prática regular de exercício físico;

. a mudança de hábitos alimentares, através do aconselhamento dietético;

2) – o argumento de que a maior ou menor adesão dos pacientes deve ser compreendida em função daquilo que designo de “autoridade última do paciente sobre a sua saúde”, que me parece essencial para explicar as escolhas dos pacientes no sentido do que alguns autores têm designado por “Pluralismo Terapêutico”, referindo-se à

utilização alternativa ou complementar de diferentes recursos terapêuticos. Esta “autoridade última do paciente sobre a sua saúde” assenta em vários aspetos observados:

- . o poder de iniciativa dos sujeitos (delineando os seus próprios métodos de tratamento, ao invés de esperarem pelas orientações médicas, ou introduzindo alterações nos tratamentos prescritos, podendo ou não entrar em contradição com essas mesmas orientações médicas);

- . uma utilização seletiva da Biomedicina por parte dos pacientes, em maior ou menor complementaridade com a MTC;

- . a aferição subjetiva da eficácia dos tratamentos de MTC e da Biomedicina, através da experiência do corpo;

- . a recorrente ocultação que os pacientes idosos fazem a respeito da utilização destas e de outras terapêuticas em relação ao seu médico;

3) - a clarificação da tensão anteriormente identificada: a promoção da responsabilidade individual perante a saúde na velhice, característica da “nova saúde pública”, promovendo um comportamento ativo, mas extremamente regulado, com a sua tónica na prescrição de estilos de vida saudáveis e evitamento de comportamentos de risco, consubstanciando aquilo que pode ser designado de “Salutocracia”, corresponde tanto a uma “medicalização” da velhice, como a tendência para remeter a população idosa para uma situação passiva e dependente, geralmente relacionada com a abundante medicação prescrita pelos médicos aos pacientes nesta fase da vida. Neste sentido, o conhecimento biomédico continua a deter importância primordial na regulação desta fase da vida, mesmo quando se verifica um incremento do incentivo ao auto-cuidado ou ao cuidado informal, que espera-se informado pelas normas salutareis publicamente difundidas.

Promoção da responsabilidade individual perante a saúde, e da participação ativa no tratamento, na prática clínica dos terapeutas de MTC e médicos-acupunctores

Alguns autores têm argumentado que os praticantes e adeptos das MAC constituem um movimento social, com uma base ideológica comum fornecida pelos seus jornais e associações, organizado à volta de slogans como “a saúde é mais do que a ausência de doença” ou “cada um é responsável pela sua saúde” (Baer et al., 1998; Alster, 1989).

Num estudo a respeito da constituição das MAC, baseado em entrevistas a terapeutas e pacientes na Baía de São Francisco, que constituiu um lugar privilegiado no florescimento das MAC nos EUA (Baer et al, 1998a; 1998b), a maioria dos participantes efetivamente considerava-se ativista num movimento social: ativismo esse que começa na utilização das MAC pelos próprios; que baseia-se numa identificação com os princípios que sustentam estas práticas terapêuticas; e que, por fim, consiste numa tentativa de convencer outros para uma maior utilização das MAC, participando em ações com o intuito de mudar as instituições e não apenas os indivíduos, rumo ao objetivo principal de uma integração complementar (e não em alternativa) com a Biomedicina (Goldner, 2004).

Como disse, a auto-identificação desses terapeutas e pacientes como participantes desse movimento social pela defesa das MAC baseia-se na concordância com certos princípios que sustentam estas práticas terapêuticas e que têm vindo a ser definidos em diversas investigações: uma compreensão holista da saúde, centrada na existência de bem-estar e não apenas na ausência de doença²⁵; uma importante enfase na

²⁵ É a concentração da Biomedicina num modelo etiológico de diferenciação das doenças de acordo com a identificação da alteração de processos bioquímicos do corpo, ou de acordo com a identificação de agentes patogénicos responsáveis pelas doenças, que, favorecendo uma explicação unívoca dos processos de enfermidade e desconsiderando a vivência subjetiva da doença, está na base do desagrado dos pacientes. Como reação, procuram modelos médicos “Holísticos”, no sentido em que apontam para uma explicação multi-factorial dos processos de enfermidade. O Holismo como ideal terapêutico pode ser entendido de várias maneiras, sendo que os elementos comuns a estas diferentes perspetivas são uma atenção pela subjetividade do paciente e o tratamento da doença como mais do que uma variedade de sintomas (Cant et. Al, 1999: 100). O Holismo procura perspetivar a saúde através do entendimento do paciente, enquanto sujeito, simultaneamente nos vários planos de existência, do corpo, da mente, das emoções, do espírito. Para além disso, procura ir para além de uma visão atomizada do indivíduo e da sua

responsabilidade individual pela saúde; a utilização de técnicas terapêuticas consideradas naturais (Kopelman et al., 1981). Para muitos destes “ativistas”, a relação entre terapeuta e paciente no seio das consultas de MAC apresenta uma especificidade que a diferencia da relação estabelecida no âmbito das consultas da Biomedicina, justamente, pela forte ênfase na promoção da responsabilidade individual sobre a saúde:

“A relação entre terapeuta e paciente é diferente por causa da expectativa recorrente nas MAC de que o consumidor assuma uma responsabilidade individual sobre a sua saúde, e, assim, fique mais capacitado” (Goldner, 2004: 15).

Conforme expliquei, logo na introdução e no capítulo 1, e tal como foi agora aqui reforçado, a promoção de uma postura ativa perante a saúde é um dos elementos centrais do processo terapêutico no âmbito das consultas de MTC (Farquhar, 1994). A partir dos dados recolhidos na minha investigação, procurarei agora analisar os moldes concretos em que decorre esta tentativa de promoção de responsabilidade individual perante a saúde, observando as suas possibilidades e dificuldades específicas no que se refere à prática clínica de terapeutas de MTC e médicos-acupuntores, com os seus pacientes idosos.

De facto, a análise das entrevistas a terapeutas de MTC realizadas no âmbito da minha investigação aponta claramente no sentido de que as consultas tenham especial enfoque numa tentativa de promoção de uma postura ativa do paciente sobre o tratamento, que deverá assentar numa assunção de responsabilidade individual sobre a sua saúde, nomeadamente através da adoção de estilos de vida saudáveis. Vários destes terapeutas apresentaram a ideia de que grande parte dos problemas de saúde característicos da população idosa deriva do seu estilo de vida pouco saudável, associado aos hábitos de vida do mundo moderno.

doença, para procurar as suas causas no seu contexto de interação com os outros e inclusivamente com a natureza (Coulter, 2004).

A viragem dos pacientes para o Holismo decorre não apenas de uma objeção à separação entre mente/corpo que é desprovida de sentido para muitos, correspondendo também a uma transformação epidemiológica: controladas as epidemias infecciosas em muitos países ricos e industrializados, os pacientes acusavam uma falta de eficácia da Biomedicina no tratamento dos seus problemas crónicos, sobretudo relacionados com dor associada ao aparelho locomotor, assim, como toda uma variedade de sintomas associados ao “Stress” e problemas psicossomáticos (Sharma, 1992; Turner 2004).

Por exemplo, uma terapeuta de MTC californiana, explicou-me que a principal origem das patologias que afligem a população idosa encontra-se no que considera ser uma dieta desequilibrada. Neste grupo de problemas inclui a diabetes, os problemas de metabolismo, incluindo, o colesterol elevado, problemas cardiovasculares, a hipertensão. Mas, também problemas psicológicos e da atividade cognitiva, depressão e ansiedade, fadiga, e as recorrentes dores nas articulações e músculos, que também, encontram-se relacionados com a alimentação:

“Eu presto grande atenção no meu trabalho clínico a aspetos como a melhoria da condição do sistema digestivo, uma perspetiva bastante na linha da medicina funcional ou da Naturopatia. Olho para esses aspetos e para a sua influência por exemplo ao nível dos neurotransmissores. Ou seja, procuro olhar para as coisas a partir de uma perspetiva abrangente, procurando identificar qual a melhor abordagem para cada indivíduo em cada situação particular” (Terapeuta MTC, Santa Cruz)

Neste sentido, no seu entender, uma parte muito relevante do papel do terapeuta de MTC, seria induzir uma alteração no estilo de vida do paciente. Isso passaria necessariamente por despertar no sujeito uma atitude ativa e responsabilidade na promoção da saúde, em vez da atitude passiva, de deixar que a doença se instale até ao momento em que se torne necessário recorrer a ajuda médica:

“Um dos meus objetivos principais como terapeuta é o de capacitar as pessoas para que possam tomar melhor conta de si mesmas, porque eu vejo isso como 99% da batalha” (Terapeuta MTC, Santa Cruz)

Outro exemplo seria o de uma terapeuta de MTC portuguesa, cujas palavras sintetizam bem aquilo que me foi repetido por diversos terapeutas de MTC nos diferentes contextos de investigação:

“Por exemplo, agora com a televisão, os idosos ou deitam-se cedo ou então só vão para a cama às duas da manhã. E eu procuro um bocado fazer alterações por aí. Porque eles chegam à terceira idade e fazem uma vida de teenagers. Vão para a cama às duas da manhã, mas como já estão habituados a acordar às sete, acordam às sete, e depois andam ali o dia todo que não se aguentam. Isto evidentemente que para a saúde é péssimo.

E depois, em relação àquilo que eles comem, ou em relação àquilo que se movimentam, que às vezes deveria ser mais e não é. O estar longas horas à frente da televisão não é o melhor. Portanto há pequenas coisas que nós tentamos mudar... uma das coisas que nós aconselhamos e que emocionalmente

é muito bom, não só para idosos, e que é o ter um animal de estimação, porque não se sentem tão sozinhos e têm uma responsabilidade. Sabem que têm de ir à rua levar o bicho. E quando estão sozinhos é uma coisa que lhes faz muito bem.” (Terapeuta MTC, Lisboa)

Pelas suas palavras, à semelhança de muitos outros terapeutas de MTC entrevistados, observamos, por um lado, o enfoque na questão dos estilos de vida pouco saudáveis, predominantemente, em torno dos temas da alimentação e dos hábitos de atividade (incluindo a questão do sedentarismo, dos hábitos de repouso e da prática do exercício físico); e, por outro lado, uma atenção dos terapeutas relativamente aos problemas sociais que caracterizam o dia-a-dia de muitos dos seus pacientes idosos, entre os quais se destaca a solidão. Se os terapeutas de MTC não podem necessariamente modificar a relação dos familiares para com os idosos que são os seus pacientes podem, no entanto, tentar modificar a atitude destes últimos em relação aos seus familiares, como uma componente do tratamento, tão válida como a prescrição de exercícios físicos simples, ou de exercícios de automassagem. Como me dizia uma outra terapeuta de MTC portuguesa:

“Posso dizer-lhes para fazerem automassagem, ou alguns exercícios simples. Mas, também, tentar mudar-lhes o estado de espírito, porque elas estão sempre muito deprimidas ou agarradas à família. Posso também dar-lhes um bom livro para ler, para que o pensamento comece a tomar outro rumo. Para dar mais qualidade de vida à pessoa. Porque, se não, vai estar sempre ali naquela trama da família: “Porque não me deu atenção! E porque eu sou sozinha! E porque eu já não tenho marido!” E depois, coitados dos filhos, vejo-os, cada vez mais, a ficarem sugados.” (Terapeuta MTC, Lisboa)

Em termos gerais, a exigência dos terapeutas de MTC, mas também dos médicos-acupunctores, por uma postura ativa e responsável da parte dos seus pacientes idosos, assenta sobretudo em dois pontos:

- . a alteração dos hábitos de atividade física dos seus pacientes, através da promoção da prática do exercício físico;
- . a mudança de hábitos alimentares, através do aconselhamento dietético.

Estes dois aspetos são, recorrentemente, referidos pelos terapeutas de MTC e, também, pelos médicos-acupunctores como o campo preferencial da sua atuação, no que respeita à promoção de um estilo de vida saudável:

“Sempre falo com os meus pacientes sobre como melhorar os seus hábitos de vida. Eu sempre falo que o nosso corpo foi feito para movimentar. Então, ele precisa de movimento, ele precisa de uma atividade. Então, é assim, para a gente continuar sendo a mesma pessoa, a gente precisa se modificar. Eu vou explicar. Se eu sou uma pessoa, que sou um atleta com 15 anos, se eu quero continuar sendo um atleta com 70 eu tenho de modificar meu tipo de esporte. É lógico que com 15 anos eu posso fazer um monte de coisa bacana, agora com 75 eu também posso fazer um monte de coisa bacana mas não as mesmas do que com 15 anos. Eu posso ser corredor com 15, mas com 75 vou ser uma nadadora. Nadar eu posso nadar com qualquer idade. Então, é assim, eu sempre falo de atividade física, do movimento, porque o corpo não foi feito para ficar parado. E, assim, é preciso que o paciente faça aquela atividade com que se identifica, com que se sente bem, em que ele se sente revigorado.” (Médica-Acupuntora, Rio de Janeiro)

A modificação dos estilos de vida poderá, igualmente, assentar numa orientação do paciente para a alteração de hábitos de descanso, para garantir um melhor sono, ou até nalguns casos, como vimos anteriormente, na tentativa de modificar a forma como o paciente idoso lida com as suas relações familiares. Pois, não apenas para os terapeutas de MTC, como, também, para muitos dos próprios médicos-acupunctores, é precisamente a ênfase na modificação dos estilos de vida²⁶, que distingue a sua prática clínica, mais holista do que a geralmente oferecida pela Biomedicina:

“A medicina alopática é muito pobre. Dor de estômago é no estômago. Então dá-se um comprimido para o estômago. Quando o paciente chega aqui para mim e diz que tem uma dor de estômago, eu vou conversar muito com ele sobre o que ele come. O hábito como ele come, o que é que ele come, como é que se relaciona com a comida. E, muitas vezes, é através dessa conversa que eu faço uma ponte sobre como é que ele se relaciona com o mundo. O que é que ele não consegue digerir na vida dele. Por isso, acho que é absolutamente incomparável, uma e outra medicina, assim como o tipo de armas terapêuticas que uma e outra tem para oferecer.” (Médica-Acupuntora, Rio de Janeiro)

A adoção de uma postura ativa no tratamento e de responsabilidade pela sua saúde verifica-se sempre que o paciente adere às sugestões do seu terapeuta de MTC/médico-acupuntor, no sentido da alteração destes hábitos de vida, o que nem sempre acontece. Os terapeutas de MTC e os médicos-acupunctores têm várias

²⁶ A problematização do conceito de “estilos de vida saudáveis” será feita mais adiante neste capítulo, assim como, a análise da adesão dos pacientes idosos.

explicações para esta variação no que respeita à maior ou menor adesão dos pacientes idosos à sua tentativa de promoção de uma postura ativa e responsável perante a saúde.

Muitos apontam para uma variação em função das idiossincrasias de cada paciente, principalmente, em termos da sua personalidade ou percurso de vida. No entanto, para outros, esta variação pode, também, ser pensada em termos genéricos, por comparação dos pacientes idosos com populações de outras idades. Relativamente a este ultimo ponto, nem todos estão de acordo e os meus interlocutores dividem-se, essencialmente, em 3 grupos: entre aqueles que julgam que não faz sentido falar da população idosa em termos genéricos e nos devemos sempre concentrar nas diferenças entre indivíduos, independentemente da sua idade, sendo que a variação na adesão aos estilos de vida saudáveis deve ser compreendida, sobretudo, em função da condição socioeconómica do paciente e da relação de confiança estabelecida com o terapeuta de MTC/médico-acupuntor; entre aqueles que consideram que a população idosa tem uma propensão especial para aderir às sugestões conducentes à adoção de um estilo de vida saudável e que exigem uma postura ativa do paciente; e aqueles que consideram que, pelo contrário, é especialmente difícil conseguir resultados ao nível da promoção da saúde, porque é especialmente difícil motivar os pacientes idosos, comparativamente com populações mais jovens, para assumirem uma postura ativa e responsável.

Por exemplo, para um terapeuta de MTC de Lisboa, habituado a lidar com pacientes de diferente condição socioeconómica, a variação da adesão às tentativas de alteração de hábitos de vida explica-se, sobretudo, pelas possibilidades materiais dos indivíduos em aderirem a essas sugestões. Este argumento, de especial relevância para a minha investigação, e que aponta para a importância do capital económico como fator determinante para a possibilidade de acesso aos tratamentos de MTC, assim como, de adoção de um estilo de vida saudável, será alvo de análise detalhada no capítulo 7. Este terapeuta de MTC discorda, assim, da ideia de que se possa comparar a população idosa como um todo com outros grupos etários mais jovens, no que respeita à adesão às sugestões para a adoção de um estilo de vida saudável:

“Não faz sentido diferenciar a população idosa da restante, porque é preciso olhar para cada caso em particular. Porque eu posso prescrever um determinado produto dietético a alguém, mas não devo prescrever sem perceber se ela tem condições para cumprir aquela dietética. Se ela não tiver condições pode ser violento para essa pessoa. Primeiro é irrealista. Porque se eu prescrevo uma coisa que ela não

tem condições para cumprir, então, é porque eu não conheço aquela pessoa. Se não a conheço, eu não sou a pessoa indicada para tratar aquela pessoa, ainda não é o momento. Eu tenho de perceber quem é aquela pessoa, tenho de perceber as condições de vida, tenho de perceber um diverso conjunto de aspetos. E a minha resposta tem de ser uma resposta adaptada àquela pessoa, tem de ser realista. Eu não posso prescrever, se a pessoa não puder fazer, porque tem esta ou aquela dificuldade. Não, isso eu não posso fazer! É um erro. É como se eu estivesse a tratar de alguém que nem sequer olhei para a cara.” (Terapeuta de MTC, Lisboa)

Já, por exemplo, outros terapeutas de MTC expressaram a opinião de que a maior ou menor adesão da população idosa às sugestões tendentes à promoção de estilos de vida saudáveis resulta, sobretudo, da relação de confiança entre terapeuta e paciente:

“A população idosa tem uma coisa que é muito interessante que é assim. Eles como já estão numa posição um bocado frágil, tem a ver com a confiança que eles têm. Se eles confiarem a 100% num médico, nós somos a parte secundária. Mas, se entretanto, eles veem que nós fizemos um bom trabalho, e porque lhes damos muitas vezes muito mais atenção do que o médico da caixa, aí a coisa muda (...) às vezes não é possível deixarem de tomar aquilo que já tomam, mas às vezes reduzem. Até porque não é muito aconselhável, aqueles medicamentos que eles já tomam há montes de tempo é para manter. (...) se eles gostarem de nós, há uma receptividade e depois começam a trazer os filhos que, esses sim, são mais fechados do que eles. E acham que isto é extremamente esotérico e não querem. Se não gostam muito de nós, a coisa já é mais complicada e não alteram coisíssima nenhuma.” (Terapeuta MTC, Lisboa)

Não pretendo afirmar que os restantes terapeutas de MTC/médicos-acupuntadores não considerem a importância de se pensar cada caso em particular, nomeadamente, em função da situação socioeconómica de cada paciente ou da importância da relação entre terapeuta e paciente. Esta última é, aliás, referida por quase todos, como condição essencial para a eficácia do tratamento administrado, para já nem falar da possibilidade de motivar os pacientes a alterarem os seus comportamentos, para lá do momento do tratamento propriamente dito, de uma forma tendente à adoção de estilos de vida saudáveis. Mas, apesar dessa consideração, não deixaram de fazer considerações sobre como, de uma forma genérica, pode-se fazer uma distinção entre a população idosa e outras populações mais jovens, no que respeita à adoção das suas sugestões relacionadas com a promoção de estilos de vida mais saudáveis, que requerem uma postura mais ativa e responsável do paciente sobre a sua saúde.

Para alguns desses terapeutas de MTC/médicos-acupuntadores, a população idosa teria uma especial aptidão para aderir às suas sugestões de alteração de estilo de vida:

“A população idosa tem mais tempo para fazer alterações alimentares, por isso é mais fácil do que os pacientes mais jovens, nesse sentido. Eu acho que eles até cumprem bem aquilo que se propõe. Primeiro porque têm mais tempo. Depois porque se calhar não têm nada a perder. Por exemplo, tinha aqui uma senhora com dores. Não é muito idosa, dever ter por aí uns 60. E ela estava a comer coisas com muito ácido e claro estava a ter dores nos tendões. Porque ela adorava laranjas. E eu disse-lhe: “Olhe, se deixar de comer laranjas e faça essa experiência só por uma semana...”, porque se nós dermos prazos curtos elas até aderem, mas se nós dissermos “Nunca mais pode!” isso é horrível. Eu nunca digo “nunca”. Digo só: “Faça esta experiência por uma semana” E depois elas fazem e conseguem, veem que melhoraram e continuam, já não é um sacrifício.” (Terapeuta MTC, Lisboa)

Um terapeuta de MTC californiano explicou-me que, no que se refere à modificação dos estilos de vida, ao contrário da ideia ocidental de que o equilíbrio é perfeição, a MTC oferece, pelo contrário, a ideia de um equilíbrio e desequilíbrio constantes e sucessivos, sendo que a ideia de melhorar o estilo de vida é a de aprender a como recuperar de uma forma mais eficaz o equilíbrio perdido. Ora, este terapeuta considera que as pessoas mais idosas estão mais abertas a esta ideia do que as pessoas de meia-idade, por exemplo. Ainda assim, não deixou de me apontar as dificuldades de motivar a população idosa para adotarem as alterações de comportamento que requerem uma postura mais ativa, nomeadamente a prática de exercício físico:

“As pessoas idosas estão mais abertas para esta ideia da Medicina Tradicional Chinesa do equilíbrio dentro do desequilíbrio. A dificuldade é que mudar padrões de vida aos 50, 60 ou 70 anos, muitas vezes, não é a coisa mais fácil de se fazer!” (Terapeuta MTC, Santa Cruz)

No entanto, para um terceiro grupo de terapeutas de MTC/médicos-acupuntores, a sua experiência clínica com a população idosa leva-os a concluir que esta é mais difícil de motivar para a alteração de comportamentos de saúde do que os seus pacientes mais jovens. Mais uma vez, são, sobretudo, as alterações referentes aos hábitos alimentares e à prática de exercício físico que constituem o grosso das suas recomendações. Comparando com as citações anteriores, nas palavras seguintes observamos, também, que nem todos estão de acordo com a ideia de que seria mais fácil a modificação de hábitos alimentares, comparativamente à tentativa de alteração de hábitos de sedentarismo e relacionados com a prática do exercício físico. Um terapeuta de MTC de Lisboa fez-me uma descrição impressionista do que costumam ser os seus frequentes diálogos com pacientes idosos, a este respeito:

“Nas pessoas idosas a adesão é menor. Há, eventualmente, uma maior tentativa pelo menos no tentar fazer algum tipo de exercício, mas mudar a alimentação não! Às vezes retiram o sal ou diminuem um pouquinho. O queijo ainda é muito difícil, o vinho normalmente até bebem moderadamente e, então, até nem é problemático. O que se procura fazer é, em vez de tentar mudar drasticamente a alimentação é tentar com que haja alguns alimentos que passem a ser predominantes na alimentação. E outros menos predominantes:

“- Come 3 vezes queijo por dia? Então, experimente só comer duas ou uma!

– Ah, mas então o que é que como? Eu não vou comer soja, nem tofu, eu não gosto lá dessas coisas!

– Tudo bem, então não coma! Coma espinafres, faça uma sopa de espinafres. Em vez de fazer uma sopa de grão, faça uma sopa de espinafres. Em vez de fazer um caldo de carne, faça uma sopa de abóbora. E faz uma sopa de abóbora num dia, uma sopa de espinafres no outro dia e um caldo de carne no outro.”

Também faz falta. Também faz muita falta! Porque também é tônico do sangue. Eu posso pegar nas análises e dizer:

“-Você precisa disto, disto e disto! Os alimentos em que há são este, este e este. Portanto, você em vez de pôr mais duas ou três batatas...”

- Ah, mas depois não fica caldoso!

– Ok, não fica caldoso, então, você pode pôr um pedaço de abóbora que já torna a sopa mais consistente... e faça com beldroegas”

E falamos mesmo como eles para conseguir aquela intimidade. E pode meter-se sempre a “cunhazinha”:

“-Sabe o que é que era melhor do que isto? É a urtiga branca!

– Ah, mas isso vai-me picar toda!

- Não pica nada! Mas, é muito difícil de encontrar, deixe estar!”

Mas, já ficou com essa ideia na cabeça, já ficaram a saber. Um dia, se aparecer à sua frente, eles já sabem. Têm a beterraba:

“-Porque é que não faz uma salada de beterraba?

– Ah, mas eu não sei fazer isso!

– Não sabe? Claro que sabe! Você sabe fazer tudo! Então, você viveu uma vida inteira no campo e a cozinhar a vida toda... você cozinhou a vida toda, não foi?

- Ah, toda a minha vida...

- Então, o que é que lhe custa? Corta aquilo aos pedacinhos!

- Ah, como o nabo?

- Exatamente, como o nabo, ainda mais pequenino e vai lá para dentro (...)

Há ali um grande orgulho nesta faixa etária, ou porque trabalhou a vida toda nas limpezas e foi um grande sacrifício e que a nossa geração já não aguenta...

“- Tudo bem! Então, se você fez isso, então não me diga que não é capaz de fazer isto!

- Ah, eu ser até devo ser capaz!

– Então vamos lá!”

E fazem! E fazem! Mas, como se vê, alterações na parte alimentar é complicado.” (Terapeuta MTC, Lisboa)

Existe, ainda, uma outra linha explicação, recorrentemente, avançada pelos terapeutas de MTC para justificar a maior ou menor adesão dos pacientes às suas tentativas de promoção de um estilo de vida mais saudável. Recorrentemente, os terapeutas de MTC equacionam a postura mais ou menos ativa do paciente idoso sobre a sua saúde, indispensável para a adoção de um estilo de vida saudável, em função da relação do paciente com o seu entorno social, principalmente no que se refere à qualidade das relações familiares. Como veremos no capítulo 5, as relações familiares desempenham um papel fundamental no recurso da população idosa à MTC, uma vez, que é, muitas vezes, pelas mãos de um familiar que ele acontece, num primeiro momento.

Mas, o que os terapeutas de MTC/médicos-acupuntores procuram, também, destacar é que, para lá da importância das boas relações familiares, é, igualmente, importante que os sujeitos idosos saibam concentrar-se na sua saúde individual num plano abrangente, promovendo as alterações de hábitos necessárias, nos domínios do cuidado do corpo, mas também mental e emocional, concentrando-se mais nas suas apetências e competências individuais, e menos nos dramas das vidas dos seus filhos e netos.

O incentivo à concentração dos indivíduos sobre si mesmos como fator essencial para o desenvolvimento de uma postura ativa sobre a saúde, foi, igualmente, notado e descrito por Kahryn Hughes (2004) na sua investigação a respeito da promoção da

responsabilidade individual sobre a saúde no âmbito das consultas das MAC. Nessa investigação, a autora descobre uma interessante relação entre os dados empíricos observados no contexto particular das consultas das MAC e tendências sociais mais amplas descritas por outros autores. Em particular, a autora aponta para a íntima relação entre a responsabilidade individual perante a saúde e o comprometimento geral dos sujeitos para com o cuidar do seu corpo (Coward, 1989), ele mesmo sustentado por discursos a respeito do corpo civilizado (Elias, 1978), que apontam para ideia do “corpo como um projeto” (Shilling, 1993).

Esta conceptualização do “corpo como projeto” relaciona-se, por sua vez, com a expansão de regimes regulatórios que, envolvendo a dieta e o exercício físico, procuram prevenir o risco de doença ou mesmo tratar das patologias. Estes regimes regulatórios, se bem que promovidos por instâncias médicas, nomeadamente através da “nova saúde pública”, são assimilados pelos indivíduos ao nível das suas práticas de consumo, sendo que a percepção dos riscos para a saúde em termos de certo tipo de comportamentos (alimentares, consumos, exercícios físicos) e a procura de cuidados de saúde revela-se um importante caminho para a autodeterminação, fazendo parte de um conjunto de práticas constitutivas da identidade individual (Foucault, 1990). Voltarei a este assunto mais adiante.

Para além das idiossincrasias dos pacientes, das características específicas do tratamento de MTC para cada idade, e da variação na qualidade das relações familiares, o bom sucesso das tentativas de promoção de estilos de vida saudáveis, pode depender, também, da forma como os terapeutas introduzem essa questão no tratamento.

Alguns terapeutas pareceram especialmente conscienciosos deste aspeto. Por exemplo, uma terapeuta de MTC admitiu que só entra neste campo de uma forma muito cautelosa e quando nota abertura dos seus pacientes para isso. Problematisa esta questão de uma forma interessante, pois no que toca à transformação dos estilos de vida, com base na responsabilização do paciente a respeito da sua saúde, o terapeuta de MTC/médico-acupuntor encontra-se numa posição de certa forma delicada. Por um lado, deve estabelecer uma relação de grande confiança com o paciente idoso para que este lhe conte a respeito dos seus hábitos menos saudáveis. Procura, então, promover uma atitude de responsabilização do paciente, estabelecendo um nexo de causalidade

entre a sua patologia e o seu estilo de vida, nomeadamente, no que se refere a esses hábitos menos saudáveis. No entanto, existe o risco de ultrapassar a linha ténue que separa o aconselhamento para a adoção de uma postura responsável da parte do paciente, do juízo de valor depreciativo dos seus hábitos de vida. Trata-se de uma linha de contornos pouco precisos, submetida a constante negociação e que será tanto menos rígida quanto maior for a relação de confiança e de respeito entre terapeuta e paciente. Quando existe a perceção subjetiva da parte do paciente de que esta linha foi ultrapassada, verifica-se uma perda de confiança e o terapeuta de MTC/médico-acupuntor deixa de ocupar o lugar de aliado terapêutico, perdendo a sua autoridade.

Assim, se o paciente se abre e é honesto com ela a respeito dos seus hábitos incorretos, esta terapeuta de MTC californiana diz que seria incorreto condená-lo pelos mesmos. Este aspeto manifesta-se, sobretudo, na relação estabelecida com os pacientes mais idosos, com hábitos de vida estabelecidos há muitos anos, que, ainda que dispostos a reconhecer que estes são prejudiciais à saúde, não estão dispostos a alterar grande parte dos seus comportamentos:

“O aconselhamento no que se refere ao estilo de vida é um componente enorme daquilo que eu faço. Se o paciente se abre e é honesto a respeito dos seus hábitos incorretos, muitas vezes, o que ele menos precisa é de mais uma pessoa a julgá-lo negativamente por isso: “- Está aberto a tentar mudar este hábito?” e, por vezes, a resposta é claramente “- Não! Eu vou fazer isto! Eu faço isto há 30 anos e vou continuar a fazer isto!” (Terapeuta de MTC, Santa Cruz)

Esta perspetiva representa uma contribuição valiosa para a compreensão da forma como os terapeutas de MTC e os médicos-acupunctores podem despertar no paciente uma atitude mais ativa e responsável sobre a sua saúde. Ela passa por estabelecer uma relação de confiança com o paciente, a partir da qual conquistam a sua autoridade. Trata-se, por isso, do terapeuta de MTC/médico-acupuntor ter consciência de que a sua autoridade não é dada à partida, mas adquirida através de um reconhecimento por parte do paciente, numa negociação permanente, em que os limites da relação devem ser cuidadosamente respeitados – procurando não cair no juízo moral depreciativo do comportamento do paciente, ou respeitando o seu ritmo, de progressiva adesão às orientações que lhe são dadas, e que exigem atitude mais ativa e responsável perante a saúde.

A pertinência desta perspectiva transcende os limites desta investigação e do campo específico das consultas de MTC, revelando-se como uma característica geral da forma como se estrutura a relação entre terapeutas e pacientes nas MAC. De facto, na sua investigação a respeito da promoção da responsabilidade individual no âmbito das consultas de diferentes áreas terapêuticas das MAC, Kahryn Hughes (2004), de quem falei anteriormente, aponta para o “evitamento da culpa” como uma das categorias dominantes da sua análise do discurso dos seus interlocutores, sendo que muitos pacientes acabam por se sentir culpados quando os tratamentos não têm eficácia:

“Em suma, o indivíduo é novamente implicado na sua falta de saúde. Em vez de ser algo que lhes aconteceu, os pacientes, seja através da sua constituição herdada, ou da através de falta de hábitos e comportamentos de manutenção adequada da saúde (apontaram todos os terapeutas entrevistados), ou, recorrentemente, através do stress, participam na sua doença ou falta de boa saúde (...) O paciente/utente/cliente é constituído responsável por iniciar o tratamento, envolver-se com o tratamento, envolver-se ativamente na promoção da sua saúde, seja através do autocuidado ou da crença na eficácia do tratamento, na negociação dos parâmetros de avaliação da eficácia do tratamento, e, finalmente, por terminar o processo de tratamento com o terapeuta” (Hughes, 2004: 39)

As palavras de um fisioterapeuta e terapeuta de MTC, no Rio de Janeiro, ilustram como, deste processo de extrema responsabilização do indivíduo, ainda que prestando atenção aos limites individuais para a alteração dos comportamentos de saúde, resulta, por vezes, uma culpabilização do paciente pela ineficácia do tratamento, ao mesmo tempo que a prática da acupuntura é ilibada da sua falta de resultados terapêuticos:

“Tem muito amigo meu e tem muito médico que fala assim “Você vai fazer isso! Se você não fizer isso, eu lavo minhas mãos. Eu já não sou tanto assim. Porque eu sei que cada um tem o seu limite de ação. Eu sei que cada um tem uma consciência, cada um tem um limite a que chega. Por isso é que falo

“- Faça o que você pode. Daqui a um pouco vai poder fazer um bocadinho mais!” O ideal é notar a evolução dele “- Isso daqui você melhorou por conta disso. Isso aqui você não melhorou por conta disso!”, para o paciente não jogar aquela culpa de “a acupuntura não tá funcionando”. Então, se eu falo que a sinusite tem uma relação direta com o leite, bebeu leite, jogou muco. E aí o cara não para de beber leite eu já mostro “Não parou, jogou muco. Faz o teste de uma semana!” Aí o cara faz o teste de uma semana e logo reduz o muco!” (Fisioterapeuta e Terapeuta de MTC, Rio de Janeiro)

Esta atribuição extrema de responsabilidade individual poderá, também, em certos momentos, paradoxalmente, resvalar para a despersonalização, a falta de consideração pelo sujeito no centro do paradigma médico, algo que, como pude explicar no capítulo 1 constitui uma crítica essencial dos utilizadores da MTC e outras MAC relativamente à Biomedicina. Pois, se a explicação avançada pelos terapeutas de MTC, quando o tratamento não tem eficácia, é que isso deve-se à falta de entrega e convicção dos pacientes no tratamento, mesmo quando o paciente diz cumprir todas as prescrições à risca, estamos perante o mesmo tipo de dissociação entre corpo e mente (ou entre uma parte consciente e uma parte inconsciente da mente), que constituía uma das principais críticas dos terapeutas e utilizadores das MAC em relação à Biomedicina. As palavras de uma terapeuta de MTC californiana, ilustram bem este ponto de como a distinção entre corpo e mente, ao contrário do que é geralmente apregoado pelos defensores de uma abordagem holista, não é apenas uma característica exclusiva da Biomedicina:

“Só tenho 45 minutos de consulta com o paciente e, por isso, não há muito tempo para entrar na sua história. E não é que eu precise mesmo de saber a história. Eu apenas preciso de saber da energia em redor da história. Concentra-se nos seus pulmões, com tristeza. Concentra-se no seu fígado, com raiva. Estou a tentar provocar uma mudança no paciente. E essa mudança acontece na marquesa. Por isso, muitas vezes, é uma questão de o paciente desligar a sua mente, vamos nos concentrar no seu corpo e deixar a sabedoria do seu corpo ajudá-lo a integrar a sua história” (Terapeuta MTC, Santa Cruz)

Foi este mesmo tipo de afirmações que, sendo comuns entre os terapeutas das diferentes MAC, levaram Hughes a dizer que, para estes terapeutas:

“(...) o corpo é capaz de dizer uma “verdade interior” (é credível); é o corpo que deve ser ouvido” (Hughes, 2004: 35)

Ora, no meu entender, é, precisamente, nesta separação entre corpo e mente, afinal, também presente, muitas vezes, na prática clínica de MTC, e não apenas imputável à Biomedicina, que reside o risco de atribuição de culpa ao paciente, associada à responsabilidade individual que se pretende promover: quando a eficácia do tratamento não se verifica, não é o corpo, supostamente recetivo e cooperante, que é o culpado, mas sim a mente que resiste, que não confia ou que está impregnada de maus hábitos. Voltarei a esta questão mais adiante.

Assunção de responsabilidade individual perante a saúde por parte dos pacientes idosos: a autoridade última do paciente

A assunção de uma postura ativa perante o tratamento e, de uma forma mais geral, da responsabilidade individual em relação à saúde, pode ser influenciada por diferentes tipos de fatores. As dificuldades que os terapeutas de MTC/médicos-acupunctores encontram diante dos seus esforços para promoverem um estilo de vida mais saudável apontam para a existência de uma “autoridade última do paciente sobre a saúde”.

Como vimos anteriormente, no âmbito das consultas de MTC a responsabilidade do paciente sobre a sua saúde é fortemente incentivada. No entanto, a atribuição de responsabilidade acarreta, inevitavelmente, um incremento da autoridade do paciente. Esta autoridade revela-se, por exemplo, na fraca adesão dos pacientes às recomendações terapêuticas, sempre que os terapeutas de MTC/médicos-acupunctores ultrapassam a linha ténue que separa o aconselhamento para melhoria dos estilos de vida, da culpabilização do paciente pelas suas doenças.

No meu entender, o reconhecimento da existência de uma autoridade última do paciente sobre a sua saúde deve estar na base da compreensão: num primeiro momento, das escolhas dos pacientes entre diferentes recursos terapêuticos, em alternativa ou complementaridade com a Biomedicina (aquilo que tem vindo a ser designado “Pluralismo Terapêutico”, por diferentes autores, como será analisado mais adiante); num segundo momento, da adesão dos pacientes às recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde que escolheram consultar. Mas, antes de mais, importa clarificar o que se entende por “autoridade última do paciente sobre a sua saúde”, algo que farei através de um estudo de caso, particularmente relevante, entre muitos outros que tive a oportunidade de observar. O facto de tratar-se de um praticante de Chi Kung, um ramo da MTC que, comparativamente a outros, requer uma participação mais ativa do paciente, torna este caso especialmente apto para nos auxiliar na compreensão da forma como se estrutura a autoridade do paciente sobre a sua saúde. O seu carácter extremo não pretende representar a norma entre os praticantes de Chi Kung. Pelo contrário, é, justamente, pela diferença que representa que, através da sua comparação com os casos mais recorrentes, melhor podemos elucidar os aspetos mais comuns entre a generalidade dos idosos praticantes de Chi Kung.

Afonso

Antes de conhecer o Afonso, eu já tinha ouvido falar a respeito dele. O seu Instrutor de Chi Kung, em Lisboa, já me tinha contado a dramática história de doença deste homem e do seu espetacular processo de recuperação da saúde, que o próprio atribui a uma prática insistente e determinada de Chi Kung²⁷.

A sua narrativa de doença (cf. Kleinman, 1988) constitui um caso extremo em que o sujeito assume uma participação ativa, empenhando-se intensamente e por iniciativa própria no processo de recuperação da sua saúde, evidenciando aquilo que tenho vindo a designar de “autoridade última do sujeito perante a sua saúde”. Procurarei fazer a elaboração teórica desta categoria de análise, tornando claras as suas propriedades, à medida que for apresentando esta narrativa.

À data da realização da entrevista, Afonso tinha 71 anos. Tendo completado a antiga 4ª classe e tendo trabalhado toda a sua vida em restauração, encontra-se agora reformado. Vive com a mulher, com a filha e com um dos seus seis netos.

A história dos seus episódios de doença inicia-se com a ocorrência de um AVC, que o conduziria a uma reforma prematura, com apenas 55 anos de idade:

“Eu reformei-me com 55 anos, que foi quando eu tive o meu primeiro AVC. Eu fiquei com o meu lado esquerdo morto, o meu lado esquerdo desapareceu...e eu, se me sentasse assim nesta cadeira

²⁷ Afonso é um dos primeiros praticantes de um grupo de Chi Kung que se reúne todas as 6ªs feiras de manhã, há cerca de 10 anos, no parque municipal de Oeiras, integrando um programa da Câmara Municipal, de atividades de promoção do exercício físico para pessoas idosas (cf. Capítulo 5). É um dos seus praticantes mais antigos e entusiastas. Conheci-o após ter iniciado o meu contacto com esse grupo de Chi Kung, no início de 2011 e, ainda antes de termos começado a nossa interlocução a respeito dos temas da minha pesquisa, soube que atravessava naquele momento por alguns problemas de saúde. Tinha faltado às últimas aulas em Oeiras, porque estivera internado no hospital com um princípio de pneumonia. Fora mais uma das muitas crises de saúde porque passara e das quais encontrou sempre forma de recuperar.

como estou, ficava cá... se me sentassem numa cadeira sem braços, ou eu me segurava com a mão direita ou então caía logo... desde a cara apanhada, isto tudo morto por aqui abaixo...”

É, então, que ainda antes de descobrir a prática do Chi Kung, Afonso começa por descobrir em si mesmo uma vontade determinada em recuperar a sua saúde, em que o seu empenhamento pessoal no tratamento, desenvolvendo os seus próprios métodos pessoais de recuperação, é o fenómeno mais interessante para a análise que pretendo desenvolver:

“ No Hospital, fico naquela sala de entrada, do Hospital Egas Moniz, onde só se está ali um ou dois dias...depois dali vai-se para as enfermarias... fico ali e começo logo a “trabalhar”, e os outros doentes a olhar para mim e a pensarem “olha, este ali é maluco, é doido!” ... porque eu tava todo o dia a fazer exercícios. Na altura eu ainda não praticava Chi Kung, eu só tinha visto no Japão, mas, na altura sabia lá que era Chi Kung ou que era Tai-Chi...pronto, era uma ginástica bonita... e nos jardins e tal via-se gente a praticar...”

Foi, portanto, ainda na sala de entrada do Hospital Egas Moniz, antes de ser levado para a enfermaria, que, por sua iniciativa individual, Afonso começou o seu programa intensivo de recuperação, cuja definição é da sua autoria e responsabilidade individual:

“Fazia todos os exercícios da minha cabeça, ninguém me disse nada ...era absurdo! Mas, o que eu queria era sentir alguma coisa!”

O desespero provocado pela perda súbita de funções aparece como a motivação essencial para a prática destes exercícios. E este é um dado muito relevante. Assim, a manutenção ou a recuperação das capacidades físicas perdidas, de forma a garantir a autonomia, é, também, uma das motivações essenciais para a prática do exercício físico na maioria dos praticantes de Chi Kung idosos. Mas, o que noutros casos acontece de uma forma lenta, gradual e prolongada no tempo, ou seja, a perda de capacidades físicas próprias da juventude, à medida que se avança no processo de envelhecimento, no caso das doenças graves e súbitas, ocorre de uma forma imediata e dramática.

O caso do Afonso é um exemplo extremo em dois sentidos: no carácter súbito e dramático da perda de funções; no empenho extraordinário com que se dedicou a desenvolver um programa ativo de recuperação da sua saúde, demonstrando, no seu extremo, o que pode ser o desenvolvimento de uma participação ativa do sujeito no tratamento, que passa quase sempre pelo desenvolvimento de um sentido agudo de

responsabilidade individual sobre a sua saúde, e que coincide com o que tenho vindo a designar por “autoridade última do sujeito perante a sua saúde”.

Desenvolvendo, ao extremo, a sua dedicação para com os exercícios elaborados por si mesmo, Afonso refere-se continuamente à prática desses mesmos exercícios através da utilização da palavra “trabalho” (particularmente interessante no âmbito desta investigação sobre Envelhecimento Ativo), que emprega continuamente quando se refere ao plano de recuperação que elaborou, de uma forma autónoma:

“Massajava o meu corpo... depois, às tantas, a chefe das enfermeiras pediu aos médicos se podiam não me tirar dali... porque eu estava a trabalhar sozinho e se me levassem para a enfermaria eu podia desmotivar e não fazer... ir para o meio dos outros, que estão parados, e desmotivar... (...) um dia chega-se um médico ao pé de mim e pergunta-me “Então Sr. Afonso, como é que isso vai?” E eu penso para mim, donde é que ele me conhece.. “Ah, vai andando sr. Doutor. - Então faça-me lá isto e faça-me isto e faça isto” E eu a fazer, já eu começava a reagir e eu disse “Olhe sr. Doutor, eu tenho estado a fazer isto por minha auto-recriação, não sei se bem, não sei se mal” E ele disse assim “Mal só por uma coisa, você está a fazer com muita violência, não pode ser com essa violência, tem de ser mais calminho. Mas, pode continuar a fazer...eu já sei, eu sei o que se passa consigo”. Eu até na argola que tem lá para a gente se agarrar para se levantar eu pedia que me metessem lá ao pé para depois mover aquilo... e depois, sempre a bater, sempre a bater, sempre a cardar como eu costumo dizer. Era uma luta! E os outros tudo a olhar para mim a pensar “Este gajo é doido”, mas eu estava me borrifando para isso, continuava a fazer.... metia as mãos assim aqui em cima e fazia isto...vezes sem conta..., até que um dia consegui fazer um pequeno movimento, então ainda redobrei mais outra vez, até que eu comecei a mexer e comecei a aumentar, aumentar, até que uma certa altura, ainda mais maluco, chegava a pegar numa folha, num guardanapo ou papel, fazia isto a fingir que era uma garrafa que eu tinha na mão, que eu ia a buscar a garrafa...todo trémulo ia por aqui abaixo, chegava cá a baixo, a virar, como se eu tivesse a servir uma bebida ...cansava tanto, tanto...depois voltava outra vez, às vezes até tinha de ir com o outro braço...aquilo era repetir, repetir, repetir...ah, e depois chegou uma altura em que comecei com o pé a fazer força no fundo da cama, para ganhar força na perna... eu, como achava que já fazia muita força, que tinha força, pedi para me porem no chão, assim que me puseram no chão tiveram de me agarrar, eu ia para o meio do chão...afinal não tinha força, parecia que tinha mas não tinha... bem, lá voltei outra vez para a cama... e lá continuei a fazer força, a fazer força na cama...até que depois pedi para me sentarem na cadeira, para me porem aquele carrinho mesa à frente, para estar a comer e tal com a mão direita, porque com a mão esquerda não dava...dava quanto muito para fazer isto, só... eu não segurava um garfo, não segurava uma faca, nada ...e então, chegou a altura de eu começar a levantar-me e começar a andar à volta da cama, agarrado à cama... depois tinha de pedir, tirem-me da cama e metam-me na cama, porque eu sozinho não era capaz...depois, comecei a ir à casa de banho, com uma enfermeira de cada lado para ir para o banho...depois comecei a dizer “assim não, agora é só uma de um lado...vamos ter de começar a dar” ... até que depois eu disse “Agora pode-me acompanhar aqui de lado que é para o caso de

eu cair, mas eu agora quero ver se consigo passar de uma cama para a outra, para ver se consigo”. Então, comecei a passar de uma cama para a outra até chegar e voltar...depois quando chegava ao meio, daqui para a minha cama que era no meio, então, ali é que me ajudavam porque eu não era capaz de vencer aquilo...depois quando eu comecei a levantar-me, já à volta da cama, comecei a andar, a pegar no meu carrinho e a ir levar a minha loiça à cozinha...depois, comecei a ir buscar aos outros doentes, os tabuleiros deles, só para ir a andar com o carrinho a levar aquela loiça, ia buscar um, ia buscar outro, só para andar, a tirar os tabuleiros das outras camas para levar para a cozinha...

E só depois é que chegou a altura de ir para a fisioterapia...”

Neste excerto da sua entrevista, podemos observar uma série de aspetos interessantes, que nos permitem começar a esclarecer as propriedades da categoria teórica elaborada sob a designação de “autoridade última do paciente sobre a sua saúde”.

Essencialmente, a autoridade última do paciente manifesta-se sempre que o paciente revela um forte poder de iniciativa a respeito da sua saúde, delineando os seus próprios métodos de tratamento, participando ativamente no tratamento prescrito, ou introduzindo alterações que lhe pareçam convenientes, ao invés de esperar passivamente pelas orientações médicas, podendo ou não entrar em contradição com essas mesmas orientações. De assinalar, no entanto, que o conflito não é, geralmente, o objetivo do sujeito, cujo comportamento, mais do que basear-se numa completa rejeição ou oposição total ao conhecimento médico e suas prescrições, aponta na direção de uma apropriação seletiva do mesmo, apenas não se confinando a uma obediência estrita às orientações propostas e salvaguardando sempre um espaço para a iniciativa pessoal.

Esta apropriação seletiva do conhecimento dos profissionais de saúde, seja dos médicos, seja dos terapeutas de MTC, constitui a segunda propriedade essencial desta categoria teórica. Repare-se, logo no início do excerto acima transcrito, que é, precisamente, neste sentido que Afonso, na primeira conversa que tem com o seu médico, após ter começado o seu programa intensivo de treinos desenvolvido por iniciativa própria, procura validar os exercícios desenvolvidos e está interessado em redefini-los e melhorá-los, com base no saber médico. Portanto, esta autoridade última do paciente sobre a sua saúde não aponta necessariamente para uma rejeição total do saber e autoridade do médico ou dos terapeutas de MTC. Trata-se sim, muitas vezes, como disse anteriormente, de um uso seletivo desse saber, aproveitando partes, por

vezes, rejeitando outras partes, mas, sobretudo, salvaguardando o poder de iniciativa pessoal no que toca ao tratamento da doença e à recuperação da saúde.

Afonso descobre o Chi Kung: nova crise de doença e recuperação da saúde através de uma prática persistente

Terminado o tratamento de Fisioterapia prescrito, foi recomendado a Afonso que fosse fazer Hidroginástica. Foi nessas aulas de Hidroginástica que conheceu a coordenadora de um programa de atividades físicas para a população sénior, promovido pela Câmara Municipal de Oeiras, que incluía aulas de Chi Kung.

É só, portanto, neste momento, que ocorre o encontro de Afonso com o Chi Kung. Numa altura em que já desenvolvera por si mesmo, como vimos, um elevado poder de iniciativa e responsabilidade pessoal no que diz respeito ao desenvolvimento de uma postura ativa em relação à manutenção da sua saúde. É com essa postura que inicia a prática do Chi Kung, sendo, hoje em dia, um dos mais antigos praticantes do grupo, que se reúne todas as 6^{as} feiras de manhã, desde há cerca de 10 anos.

No entanto, após o primeiro AVC, já quando era um fervoroso praticante de Chi Kung, Afonso será vítima de um segundo, quando tinha 58 anos de idade. Ainda que esse segundo episódio não tenha tido a gravidade do primeiro, tendo apenas lhe deixado a sensação de ter os membros dormentes, a situação de Afonso e a sua capacidade de resistir e sobreviver aos seus graves problemas de saúde não deixou de provocar espanto nos médicos que o atenderam.

Mas, a prática do Chi Kung virá a ganhar especial significado na sua vida, uns 4 anos antes da entrevista que fiz com ele, altura em que passou novamente por um terceiro momento difícil de doença. Foi por ocasião de uma operação ao joelho, uma artroscopia:

“Comecei a deitar sangue, o dreno estava a tirar em modo ativo e então estava-me a sair muito sangue e a minha filha diz assim “Pai, daqui a pouco não tens sangue”, estava a ver o frasco cheio de sangue e foi logo à procura de médicos e, então, mudaram-me o dreno para passivo, que é lento. Como já não tirava o mesmo sangue, ele, então, começa a jorrar pelos pontos, pelos cortes, por todo o lado e eu perdi muito sangue, não conseguiam estancá-lo, ao fim de um bocado lá conseguiram estancar e depois eu

já estava a bater o dente com frio...a bater o dente mesmo com frio, frio, frio, “arranjem-me um cobertor, um cobertor, um cobertor, um cobertor!”. Taparam-me, trataram-me, pronto, entrei em anemia, pneumonia e enfarte.

E dali entro num coma...ah, ainda me fizeram um cateterismo, não resultou, entro num coma. Coma, cuidados intensivos. Estava no Santa Cruz quando isto aconteceu, vou para o Egas Moniz outra vez. Lá estive, estive no coma...quando acordei, passaram-se ali coisas que eu não sei, e não sei precisar se foi antes, se foi depois, eu na altura estava perdido. Acontece que quando eu ainda estava todo ligado, eu tinha dreno, eu tinha como é que chamam aquelas agulhas? Cateteres! ...tava todo cheio de tubos e ligado aos aparelho e o meu lado esquerdo estava dormente, eu se quisesse fazer isto não era capaz. Mas, eu deitava-me na cama a fazer os movimentos do Chi Kung e a respiração abdominal.”

E é na sua descrição do processo de recuperação que se seguiu que melhor podemos observar como a autoridade última do paciente sobre a sua saúde constrói-se, quase sempre, em diálogo com o saber do pessoal qualificado, seja o pessoal médico, ou os terapeutas de MTC e, raramente, em oposição direta a estes. Verifica-se, na maioria das vezes, uma necessidade de validação externa que, não colocando em causa o poder de iniciativa do paciente, influi nas suas decisões pessoais a respeito de quais as melhores escolhas concretas para a sua recuperação:

“Uma doutora que estava lá a ver os monitores, viu-me a fazer aquilo e diz assim

“- Sr. Afonso, onde é que o senhor aprendeu a fazer isso?

– Esta respiração? Nós fazemos isto no Chi Kung.

– Chi Kung?

– Sim! Pronto, é tipo Tai-Chi.

– Eu sou uma fã do Tai Chi, mas agora quero saber mais”

É giro, porque há muita gente que o Chi Kung não sabe o que é que é...não sabem o que é o Chi Kung, mas conhecem o Tai Chi... eu disse assim “Olhe o Chi Kung é a raíz. É o máximo! É o mais benéfico que há! É medicina! É cura! É tratamento, é cura! É prevenção!” Isto quer dizer prevenção e tratamento... do artritismo e de outros males, portanto é ali que nós fazemos. E diz a médica: “Eu quando estiver de serviço venho aqui ter consigo para lhe ajudar a fazer. Isso que o senhor está a fazer é do melhor que há para você limpar uma mancha que tem aqui no pulmão!”

Numa ocasião, quando eu estava no coma, estava nos intensivos, foi a minha filha que me disse que os médicos lhe disseram assim “O seu pai, tem dois, três dias de vida, não mais. É um caso perdido. Dois, três dias!” E um dia houve dois médicos que disseram assim “É pá, mas como é que é possível?

Este homem é um cadáver, este homem é um cadáver, mas o organismo dele está a funcionar” Eu era cadáver mesmo, era cadáver...e essa médica diz assim:

- Há uma coisa que vocês não sabem. Este senhor é praticante de Tai Chi” não era Chi Kung, eu tinha dito que era Chi kung, mas como ela não sabia o que é Chi Kung, disse que era Tai Chi...”

A utilização parcial do saber biomédico, ou seja, a sua apropriação seletiva por parte do paciente é uma das propriedades mais relevantes da autoridade última do paciente sobre a sua saúde. Neste sentido, os resultados dos exames de diagnóstico da Biomedicina confirmam a aferição positiva que o paciente já fizera anteriormente, através da experiência destas práticas no seu corpo. E sempre que um prognóstico negativo dos médicos não se confirma e tem de ser revisto, é uma evidência clara da eficácia da prática do Chi Kung, que teria permitido uma melhoria significativa, contra todas as expetativas²⁸.

A eficácia dos tratamentos realizados e das práticas em que os sujeitos se envolvem é, portanto, aferida através da observação dos seus resultados no corpo, ou seja, baseada na experiência subjetiva individual, e, mesmo quando existe um recurso a métodos de diagnóstico próprios da Biomedicina, as relações de causalidade estabelecidas entre os resultados positivos conseguidos nesses exames e as práticas ou tratamentos em que o paciente esteve envolvido, fora do âmbito da Biomedicina, são relações que não têm qualquer sustentação científica e que são estabelecidas pelo próprio paciente. Esta aferição subjetiva dos efeitos dos tratamentos, sendo outra das propriedades essenciais da autoridade última do paciente sobre a sua saúde, está implicada em comportamentos que, tanto podem representar algo de positivo, como podem comportar graves riscos para a saúde do sujeito.

A vertente positiva prende-se com o desenvolvimento de uma postura ativa do sujeito sobre a sua saúde, que leva-o, não só a adotar um estilo de vida mais saudável,

²⁸ No seu extremo, essa tem sido, aliás, em diferentes contextos, uma das formas de legitimação da MTC: ocupando-se de casos para os quais existe um prognóstico médico negativo, onde há expectativas mínimas ou nulas de recuperação, o sucesso ocasional no tratamento destes casos “milagrosos”, revela-se extraordinariamente importante para consolidar a boa reputação da MTC aos olhos dos pacientes (Zhan, 2009; Chen, 2003).

como a observar e a conhecer mais atentamente os sinais do seu corpo, no que se refere à saúde e à doença, uma condição essencial para o desenvolvimento de comportamentos de prevenção da doença.

Mas, é também, a partir desta consciência aguda do seu corpo, que o sujeito, confiando nos seus critérios e capacidades de auto-avaliação, incorre em graves riscos no que respeita à sua saúde. De facto, um aspeto comum a vários dos meus entrevistados, incluindo muitos idosos com bastante menor envolvimento com as terapêuticas não convencionais, comparativamente a Afonso, é a utilização de produtos naturais escolhidos por livre iniciativa, sempre com um certo grau, tendencialmente elevado, de ocultação dessa prática, quer em relação ao médico, como, também, muitas vezes, em relação ao próprio terapeuta de MTC. Afonso não só o faz também, como, tal como em quase tudo o que nos conta, acaba por se revelar um caso exemplar para ponderarmos esta questão:

“Eu comecei a tomar o Goji, não sei se conhece...é um frutinho parece gindungo...aquilo é bom mesmo, é um fruto tibetano.

Aquilo tem muitas vitaminas, tem anti-oxidantes, tem aminoácidos, aquilo é bom para o Rim, é bom para o intestino, é bom para a circulação, é diurético.

Foi através de dois casais que tomam aquilo e que estão ligados a família minha. Tomam aquilo e eu assim: “Nem é tarde, nem é cedo, vou começar!”. E o meu filho depois mandou-me fotocópias que tirou da net acerca daquilo. E realmente aquilo é fantástico. Comecei a usar, maravilha! Para um indivíduo que tenha prisão de ventre! Põe o rim a trabalhar! Tudo! E pronto, muito bom! Aquilo vai diretamente logo fazer efeito. É um chá. Fica mesmo da cor do Goji. Segundo a leitura da internet, acho que o indivíduo que descobriu aquilo durou até aos 150 anos, segundo a leitura. Um tibetano. E quem está neste momento a comercializar aquilo são os chineses. Eles ocuparam aquilo. E vende-se muito...até mesmo para um indivíduo perder peso. Por exemplo, eu neste momento apanhei um bocadinho de peso, aumentei mais dois quilos do que é normal...agora deixei de tomar Goji, descuidei-me, e engordei mais dois quilos...”

Resumindo, o carácter extremo do caso de Porfírio, invulgar quando comparado com outros praticantes de Chi Kung ou pacientes de MTC no que se refere à sua postura de participação extremamente ativa no tratamento e em comportamentos de promoção da saúde, permite-nos elucidar com detalhe alguns dos comportamentos que parecem essenciais para que se verifique esta participação ativa do sujeito na promoção da sua saúde. O carácter extremo deste caso apenas aponta para o facto de que os demais

praticantes de Chi Kung e pacientes de MTC encontram-se em algum outro ponto da variação da sua postura mais ou menos ativa e de responsabilidade individual sobre a sua saúde.

Para podermos pensar a participação mais ou menos ativa do sujeito no tratamento e na promoção da sua saúde, devemos procurar identificar comportamentos concretos e observáveis que traduzam esta mesma participação. Comportamentos que procurei organizar em torno de uma característica comportamental essencial, que designei por “autoridade última do paciente sobre a sua saúde”.

Esta categoria temática é, assim, constituída por diferentes propriedades, que correspondem a comportamentos específicos e observáveis dos sujeitos:

- o poder de iniciativa dos sujeitos (delineando os seus próprios métodos tratamento, ao invés de esperar pelas orientações médicas, ou introduzindo alterações nos tratamentos prescritos, podendo ou não entrar em contradição ou conflito com essas mesmas orientações médicas);
- a utilização seletiva que os sujeitos fazem do conhecimento dos profissionais de saúde (seja da Biomedicina, seja da MTC);
- a circulação de conselhos terapêuticos e uma partilha de receitas das medicinas naturais entre os sujeitos (por iniciativa própria, sem consultar nenhum especialista da área);
- a aferição subjetiva da eficácia da medicação e dos produtos naturais (muitas vezes, tomados por livre iniciativa e com possível ocultação em relação aos médicos e terapeutas de MTC);

Responsabilidade individual sobre a saúde e participação ativa do paciente: Pluralismo Terapêutico, Salutocracia e Envelhecimento Ativo

A excecionalidade do caso anteriormente descrito permitiu-me delimitar uma categoria teórica, constituída por diferentes propriedades que são traduzíveis em comportamentos específicos. O carácter extremo deste caso revelou-se profícuo na identificação dessas mesmas propriedades que estão, igualmente, presentes em muitos

outros casos, ainda que variáveis na sua presença e intensidade. A autoridade última do paciente sobre a sua saúde encontra-se na base do frequente recurso complementar ou alternado à Biomedicina e à MTC, algo que alguns autores designaram de “Pluralismo Terapêutico” (Lopes, 2010; Cant et al., 1999). Ou seja, pode afirmar-se que é a partir de uma complementaridade factual prévia, observada no comportamento efetivo de muitos pacientes, ou seja, nas “trajetórias terapêuticas individuais” (Lopes, 2010) que vai-se desenvolvendo uma, cada vez maior, complementaridade institucional entre a Biomedicina e a MTC, visível, por exemplo, na designada “Medicina Integrativa” (Coulter, 2004). De acordo com Noémia Lopes as “práticas de pluralismo terapêutico” devem ser “entendidas como o uso conjugado ou alternado de recursos medicamentosos de natureza diversa”, ao mesmo tempo que:

“A incidência do escrutínio não apenas sobre os consumos, enquanto categorias em si, mas igualmente sobre o lugar dos diferentes tipos de consumos nas trajetórias terapêuticas dos indivíduos, e ainda sobre as circunstâncias de adesão e uso de um tipo de recursos em detrimento de outros, tem como finalidade reconstituir as *configurações de consumos terapêuticos*. O mesmo é dizer, reconstituir as lógicas em que se inscrevem as regularidades e as convergências em torno de diferentes tipos de consumo, e o modo como tais consumos se constituem em *configurações* relativamente estabilizadas de usos e investimentos medicamentosos” (Lopes, 2010a: 19).

Esta noção de “configurações de consumos terapêuticos” parece-me apropriada para o enquadramento teórico dos argumentos que irei desenvolver em seguida, mas exige algumas considerações críticas prévias.

O antropólogo Volker Scheid (2002), aponta críticas a este tipo de modelo de explicação do comportamento dos pacientes, no sentido em que não considera ajustado à descrição da realidade empírica fazer derivar as escolhas dos pacientes entre diferentes “sistemas médicos” (Leslie, 1976) como o resultado de “lógicas” que apontem para a existência de “configurações relativamente estabilizadas de usos e investimentos medicamentosos”, nas palavras acima citadas. É assim que Scheid critica, por exemplo, a proposta que o antropólogo Arthur Kleinman defendeu em tempos, ainda que demarcando-se dela mais tarde, de acordo com a qual o comportamento dos pacientes baseia-se num “modelo de explicação” (“explanatory model”) individual da saúde e da doença, previamente estabelecido, enformado no contexto da sua cultura (Kleinman,

1980)²⁹. Neste sentido, critica o argumento de que são as crenças culturais, as representações sociais subjetivamente apropriadas pelos pacientes, que determinam as suas escolhas em termos de cuidados de saúde. De forma diversa, Scheid argumenta que existem diferentes tipos de fatores que dominam esta escolha:

- por um lado, ao fazerem decisões terapêuticas os pacientes não só baseiam-se em conhecimento que eles sabem ser ilógico ou contraditório, mas, também, por vezes, agem de forma contrária às suas próprias crenças explícitas;

- por outro lado, verifica-se um debate intenso entre os profissionais de saúde e os pacientes durante o momento da consulta, que pode contribuir decisivamente para o seu comportamento, nos mais diversos sentidos;

- e, sobretudo, o comportamento do paciente define-se, a todo o momento, como uma utilização tática de uma variedade de recursos a que tem acesso em função dos seus recursos individuais e em função da sua rede social (Scheid, 2002: 109-116).

Estes diferentes aspetos definidos por este autor vão diretamente ao encontro do que anteriormente defini por “autoridade última do paciente sobre a sua saúde”, sustentando a sua importância para a análise do comportamento dos pacientes. O próprio Arthur Kleinman, como disse anteriormente, viria a afastar-se, em obras posteriores, desta sua noção de “modelos de explicação” da doença de base cultural, na direção de uma consideração atenta das “narrativas de doença” individuais, analisadas em função do conceito de sofrimento social (Kleinman, 1997; 1995; 1988).

No entanto, levada ao seu extremo, a noção de uma autoridade última do paciente sobre a sua saúde, pode levar-nos ao que Volker Scheid considera ser o “romantismo” de muitos antropólogos, que observam, recorrentemente, a resistência dos sujeitos contra o poder hegemónico da Biomedicina (Scheid, 2002). No meu entender, as “trajetórias terapêuticas” individuais devem, então, ser entendidas no âmbito de um uso tático dos diferentes recursos terapêuticos pelos pacientes, em função da sua autoridade última sobre a sua saúde, mas, também, no sentido em que estas

²⁹ Esta crítica foi amplamente desenvolvida por Allan Young (Young, 1981). Num sentido mais genérico, este debate remete-nos para a discussão em torno da importância das representações sociais para o comportamento individual, que me parece essencial para a reflexão crítica em torno do conceito de cultura que será feita mais adiante, no capítulo 6.

trajetórias evidenciam as mudanças e as continuidades sociais e culturais presentes nas práticas de consumos terapêuticos:

“Designadamente, (...) o modo como se esbatem ou reactualizam nas actuais trajectórias terapêuticas as tradicionais fronteiras entre o farmacológico e o natural; mas também (...) em que medida as formas de relação com estes binómios terapêuticos reflectem a adesão ou o alheamento quanto a novas definições de gestão da saúde do corpo e do bem-estar. Visa-se, ainda, apreender no próprio escrutínio das trajectórias terapêuticas e nas práticas que as materializam, que novos espaços de tutela pericial e profissional, ou mesmo que lógicas de mercado, participam na produção das actuais dinâmicas de consumo e de reconfiguração dos investimentos terapêuticos” (Lopes, 2010: 20)

E, de facto, se o aumento do recurso complementar às MAC e, entre elas, à MTC, configura-se como um exercício de responsabilidade individual, decorrente da autoridade última do paciente sobre a sua saúde, ele é, também, um indicador de uma transformação da Biomedicina no sentido da “promoção da saúde”, ela mesma relacionada com outras transformações culturais e sociais mais abrangentes (cf. Capítulo 1). A afirmação do paradigma do Envelhecimento Ativo está, no meu entender, também ela, relacionada com estas mesmas transformações.

Assim, o Envelhecimento Ativo deve ser compreendido no contexto da emergência de uma “nova saúde pública” (Oliveira, 2005). Efetivamente, verifica-se uma convergência entre o aumento do recurso às MAC e o aparecimento desta “nova saúde pública”, com a sua ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença: ambos respondem à mesma pressão dos pacientes, por um novo paradigma médico em que o papel do paciente sobre a saúde e a doença seja um papel mais ativo, do que o papel passivo consignado pelo modelo biomédico, da mera toma de medicação prescrita pelos médicos.

Enquanto o modelo biomédico anterior foi criticado pelo facto de remeter o paciente para uma posição passiva, em que a Biomedicina assume-se como autoridade hegemónica - abrangendo cada vez mais espaços da vida social, anteriormente fora da esfera médica, definindo o que veio a ser designado por “medicalização” da vida social, assente numa expropriação do poder individual sobre a saúde (Illich, 1976) - a emergência deste modelo da “nova saúde pública” não deixa de constituir um novo marco nesse processo de “medicalização” da vida social. Se antes era a passividade dos indivíduos que era exigida, através da sua adesão à terapêutica prescrita pelos médicos,

tratando como algo médico aquilo que antes pertencera à esfera social, agora é o seu espaço de atividade social que é prescrito, enquadrado numa normatividade biomédica, tendo em vista a promoção da saúde.

Um terapeuta de MTC, desenvolvendo a sua prática clínica em Lisboa, expressava assim a ideia recorrente de que a Biomedicina promove a dependência do paciente, ao contrário da MTC que promove os estilos de vida saudáveis:

“Alguns pacientes idosos, de facto, aderem às nossas tentativas para alterar o estilo de vida. Alguns percebem que... por exemplo, eu falo muito mesmo a nível de alimentação, eles agora já estão fartos de comer carne com arroz todos os dias e procuram outras ideias. Alguns dizem “Ah, já me sinto cheio com aquilo... não tem outra alternativa?” Portanto, quando são coisas mais crónicas, por exemplo, estou a lembrar-me de uma paciente que sigo há três anos quase com psoríase e aquilo vai e volta. E ela percebe perfeitamente que quando está mais irritada que as coisas pioram... e é um bocado isso. E penso que mesmo a nível de medicina ocidental, acho que eles ganhariam imenso se prescrevessem coisas relacionadas com o estilo de vida, porque eles têm muito mais poder, entre aspas, psicológico do que nós. Eu lembro-me, também, de uma paciente que eu tinha, também idosa, que fazia um exercício todos os dias que a médica lhe mandou. Que era deitar-se na cama e fazer a bicicleta. E se eu disser isso, se calhar, não sei se farão, alguns fazem, mas se calhar nem todos fazem, mas como era médica ela fazia aquilo todos os dias.

Havia um outro paciente que bebia um copo de água, dois copos de água todos os dias de manhã, porque o médico lhe disse para fazer. E se calhar já nem era preciso, eu olhava para a língua dele e dizia “Se calhar, já não é preciso. – Ah, mas o médico disse, dois copos de água todos os dias” Por isso, eu acho que mesmo a medicina ocidental ganharia imenso se houvesse um bocado a migração deste tipo de fatores, porque o médico tem imenso poder. Não é uma coisa perversa, mas tem imenso poder que pode usar a seu favor. Pode dizer às pessoas: “Faça isto que é bom para si!” E eles aos poucos também vão reconhecendo alguma validade, porque, digamos, que são recomendados por outras pessoas que se sentiram bem e, então, põem-se nas nossas mãos e dizem “Estou aqui. Faça o que achar melhor!” (Terapeuta de MTC, Lisboa)

Ora, aquilo que procurarei argumentar em seguida é que os casos descritos por este terapeuta de MTC, em que os médicos procuram prescrever formas de tratamento que requerem uma postura ativa dos seus pacientes idosos, para além da simples toma dos medicamentos, e que, muitas vezes, envolvem a alteração dos estilos de vida, não constituem casos isolados, mas a prática, cada vez mais, recorrente da Biomedicina, como consequência da “migração” de outros fatores que ocupam agora a prática clínica, lado a lado com o modelo biomédico. No que se refere especificamente à população

idosa, o paradigma do Envelhecimento Ativo é a sua expressão evidente, e a afirmação deste novo paradigma deve, como disse anteriormente, ser compreendida no âmbito da emergência de uma nova saúde pública.

Através da retórica dos estilos de vida saudáveis e da promoção da saúde e prevenção da doença, esta nova saúde pública aponta no sentido do que Robert Crawford definiu, logo em 1980, por “Healthism” (Crawford, 1980), ou “Salutocracia” (Pegado, 2010), descrevendo este movimento crescente de responsabilização individual sobre a saúde, através da promoção do ideário dos estilos de vida saudáveis, assentes na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta “Salutocracia” pode ser entendida como um processo de “medicalização” da vida social, no sentido em que diversos comportamentos que antes estavam fora do alcance da Biomedicina, passam agora a ser alvo de uma normatização biomédica: entre outros, a prática do exercício físico, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e tabaco, os hábitos de repouso e de atividade, todo um conjunto de condutas integradas nos estilos de vida saudáveis definidos pela “nova saúde pública” (Lupton, 1995).

Como vimos anteriormente, no capítulo 1, a retórica da prevenção das doenças, essencial à elaboração do paradigma do Envelhecimento Ativo a partir da OMS - sendo que o pilar da Saúde, entenda-se a adoção de uma postura ativa de promoção da saúde e prevenção da doença, assente na responsabilidade individual, constitui uma das suas bases fundamentais (OMS, 2002) - parece-me evidentemente relacionada com a emergência desta nova saúde pública.

É à “nova saúde pública” que a OMS vai buscar a ideia de que é o auto-cuidado e a responsabilidade individual da população idosa que as políticas de saúde dentro do paradigma do Envelhecimento Ativo devem incentivar, sendo que esta abordagem seria menos dispendiosa do que o investimento institucional em cuidados de saúde:

“A nova saúde pública define uma hierarquia de ação, na qual o auto-cuidado e a responsabilidade individual pela própria saúde estão no topo, como as estratégias mais desejáveis para manter ou melhorar a saúde dos indivíduos, enquanto a *rede de segurança* dos cuidados de saúde está na base, como a abordagem mais dispendiosa e menos desejável” (Pegado, 2010)

“Relativamente ao aumento dos gastos públicos em saúde, os dados disponíveis evidenciam que a velhice, por si mesma, não está relacionada com o aumento de gastos com cuidados médicos. É a incapacidade física e os baixos indicadores de saúde – por vezes associados com a velhice – que representam um custo acrescido. À medida que as pessoas envelhecerem com mais saúde, os gastos com cuidados médicos podem ser contidos (...) é geralmente menos dispendioso prevenir a doença do que tratá-la.” (OMS, 2002: 17-18)

Neste tipo de abordagem, o conceito de saúde preventiva adquire particular importância, podendo ser repartida por 3 níveis principais de prevenção: primária (referindo-se à prevenção da doença antes de ela ocorrer), secundária (referente a um diagnóstico da doença numa fase inicial) e terciária (relativa a uma intervenção sobre a doença em estado precoce, evitando a complicação do quadro clínico (Lupton, 1995). Elsa Pegado explica sucintamente estes 3 níveis principais da prevenção:

“Na prevenção primária, o discurso da nova saúde pública privilegia o desenvolvimento de estratégias pró-activas por parte dos indivíduos, adoptando estilos de vida saudáveis, a partir da informação e recomendações, a que os indivíduos se encontram cada vez mais expostos (...) A prevenção secundária, por sua vez, impõe aos indivíduos o dever de auto-vigilância do corpo, apelando a uma crescente sensibilidade e conhecimento do próprio corpo (...) Por fim, a prevenção terciária é aquela que, em maior medida, implica a activação da *rede de segurança* dos cuidados de saúde, que (...) não deixa, no entanto, de valorizar a inclusão da participação activa dos doentes na gestão individual da sua doença” (Pegado, 2010: 226).

Toda esta ênfase na saúde preventiva suporta uma noção de que a saúde está em risco, ao mesmo tempo que a gestão do perigo, localizada no âmbito da responsabilidade individual, conduz à moralização dos estilos de vida (Lupton, 1995), levando à ideia de que, não só se tem as doenças que se merece, como se tem as doenças que se quer (Crawford, 2006).

Alguns terapeutas de MTC, como vimos anteriormente, estão conscientes do risco de culpabilização do paciente, considerando que este encontra-se, não apenas numa situação de fragilidade decorrente da própria patologia, como sujeito a enfermar, também, do estigma de uma sociedade que tende a recriminá-lo por ter ficado doente, por não ter sido suficientemente pró-ativo em relação à saúde, ou suficiente vigilante em relação aos primeiros sinais de doença. Ou por, apesar de toda a informação disponível, ou seja, apesar da consciência do risco, ter ainda assim embarcado em comportamentos nocivos ao invés de adotar um estilo de vida saudável. Trata-se de uma autêntica

“epidemia do risco”, que prevalece nos Media e nos jornais de medicina, sem a problematização devida das suas possíveis consequências negativas (Forde, 1998): pois, na verdade, ela pode levar ao conformismo, contrário aos objetivos do paradigma do Envelhecimento Ativo, decorrente do evitamento do risco, que, em certa medida, é essencial à participação ativa na sociedade.

É no contexto do que acabou de ser dito a respeito desta “nova saúde pública” que, sem quebrar a hegemonia do modelo da medicina baseada na evidência, veio a ser enfatizada, progressivamente, a importância da saúde preventiva dentro da Biomedicina, que, também, encontra-se na base da emergência do paradigma Envelhecimento Ativo, como estratégia fundamental para lidar com o problema do envelhecimento demográfico. Constata-se, então, como a prática clínica dos terapeutas de MTC - com a sua ênfase na promoção da saúde, assente na tentativa de motivar o paciente idoso para a adoção de uma postura ativa no tratamento e de responsabilidade individual sobre a sua saúde, conducente à adoção de estilos de vida saudáveis - encontra-se em convergência com estas transformações no seio da Biomedicina. A convergência não é fortuita, mas sim o resultado do encontro entre a Biomedicina e a MTC (ou as MAC num sentido mais abrangente), uma vez que não se tratam de “sistemas médicos” fechados, mas antes sistemas porosos e adaptativos. Ou seja, é ao crescimento das MAC e, em boa medida, da MTC, que devemos, em parte, a emergência desta nova saúde pública, na base do paradigma do Envelhecimento Ativo, ao mesmo tempo que estas transformações no seio da Biomedicina tendem a reforçar o papel das MAC para os anos vindouros, eventualmente reforçando o seu crescimento.

Julgo ser isso que pode observar-se neste momento na realidade da Califórnia, onde os terapeutas de MTC foram elevados ao estatuto legal de prestadores de cuidados primários. Ou seja, a nova saúde pública, através da sua defesa da saúde preventiva, representando, em si mesma, uma resposta biomédica à emergência das MAC, veio conferir-lhes legitimidade social e, nalguns contextos, propiciar a sua regulamentação legal. Argumento também que a elevação dos acupuntores à categoria de prestadores de cuidados primários na Califórnia é explicável em parte pela história específica de afirmação da MTC nesse estado norte-americano, mas também por um outro conjunto de fatores que procurarei agora começar a desvendar, na sua importância explicativa.

No meu entender, a emergência das MAC e as críticas movidas ao modelo biomédico, assim como, a resposta da Biomedicina no sentido de se reconfigurar na direção de um modelo de explicação da doença e de uma prática clínica “holista”³⁰, devem ser pensadas em conjunto, não apenas com a importância dos movimentos dos pacientes enquanto consumidores de cuidados de saúde (Goldner, 2004), mas, também, com transformações na forma como os Estados modernos têm vindo a lidar com a emergência das MAC. Se para o caso norte-americano, definido por um sistema de saúde em que a componente privada do serviço é preponderante, aplica-se perfeitamente o modelo de explicação da emergência das MAC como assentando, sobretudo, no comportamento dos consumidores, ele deve ser repensado no caso de vários países europeus, inclusivamente, em Portugal, onde o Estado desempenha um papel central não só na regulação, como na prestação dos serviços de saúde, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nestes países, teremos necessariamente de pensar a emergência das MAC no contexto sociopolítico mais abrangente.

Este argumento será amplamente desenvolvido nos capítulos seguintes, sustentado pelos dados recolhidos pela minha pesquisa, sendo que, por agora, limito-me a lançar algumas pistas, reunidas por outros autores.

Debruçando-se sobre o serviço nacional de saúde do Reino Unido, Sarah Cant e Ursula Sharma (1999) argumentam justamente que:

“O recente revivalismo das medicinas alternativas coincidiu com mudanças na forma como o Estado Britânico organiza o seu papel na providência de prestações sociais (“welfare provision”)” (Cant et. al, 1999)

Descrevendo o período da segunda guerra mundial como um período de cometimento com os princípios Keynesianos do Estado do bem-estar social - que permitiu ao Estado Britânico assegurar a sua própria legitimidade, ao suprir as

³⁰ Um exemplo desta tendência provém do caso Britânico, que será discutido com maior detalhe em seguida, e da criação da “British Holistic Medical Association”, que explica, assim, a importância da abordagem “Holista” da saúde, para a qual é indispensável a promoção da participação ativa e da responsabilidade individual do paciente: “Para pacientes com problemas de saúde inexplicáveis ou complexos e que constroem a qualidade de vida, reservar tempo para observar para além dos sintomas da doença, para a pessoa na sua totalidade, e estar informado a respeito de estratégias complementares potencialmente relevantes, pode contribuir para pacientes que lidam melhor com a sua condição, que sejam menos dependentes dos médicos, e que comecem a assumir maior responsabilidade pela sua própria condição” (<http://www.bhma.org/pages/about/faq.php>).

necessidades da sociedade civil - mas que conduziu a um elevado fardo financeiro, as autoras consideram que, conseqüentemente, ficaram evidentes as contradições entre o modelo de acumulação capitalista e este modelo de prestações sociais, levando a posteriores alterações estruturais no sentido de uma redefinição daquilo que deve constituir a intervenção estatal. Tratou-se, essencialmente, de um choque fiscal, baseado na ideologia política da “Nova Direita” e do “Tacherismo”, comprometida como uma alteração do equilíbrio anteriormente estabelecido entre a providência privada de serviços e a providência social, alargando o campo de ação da primeira e reduzindo o financiamento público da última, incentivando o consumo privado e a responsabilidade individual pela saúde:

“No geral, observou-se um distanciamento do modelo do Estado Social com a sua providência universal e a sua substituição por um sistema que procura ser flexível e que implica menos exigência contributiva dos cidadãos, mas que, ao mesmo tempo, incentiva o consumismo e a responsabilidade individual. Nos cuidados de saúde, as medidas consistiram na expansão do mercado interno, através do encorajamento da expansão do sector privado” (Cant et. al, 1999: 128-29).

Outros autores avaliaram a importância política atribuída ao conhecido “Black Report”, um estudo encomendado pelo governo trabalhista britânico, nos anos de 1970, e cujas conclusões, tendo sido divulgadas já nos anos de 1980, com o governo de Thatcher, identificavam que, apesar de ter havido uma contínua melhoria na saúde da população em geral, durante os primeiros 35 anos de Serviço Nacional de Saúde, havia ainda assim uma correlação entre classe social e taxa de mortalidade infantil, esperança média de vida e desigualdades no acesso a serviços médicos (Towsend et. al., 1982). Diversa investigação ulterior viria a apontar os fatores sociais e económicos como as causas fundamentais das desigualdades em termos de saúde, algo que será alvo de análise aprofundada nos capítulos seguintes da presente dissertação, sendo que, pelo contrário, verifica-se uma ausência de investigação que comprove a relevância dos estilos de vida como a principal causa das patologias, ou pelo menos como única causa, sem ser tomada em conjunto com modelos de explicação bioquímica, relacionada com agentes patogénicos externos, ou com fatores genéticos e psicológicos (Hansen et al., 2006), ou com os fatores socioeconómicos que limitam à partida a adoção de estilos de vida saudáveis (Marmot et al. 2006).

No entanto, apesar das evidências científicas reunidas a partir do “Black Report”, que localizam os fatores socioeconómicos como os principais determinantes das desigualdades nos indicadores de saúde, as campanhas governamentais no período seguinte no Reino Unido continuaram a investir na promoção dos estilos de vida saudáveis:

“(...) os estilos de vida têm sido o grande alvo das campanhas de saúde promovidas pelo Governo, desde os anos de 1980 (...) sendo que muitas destas iniciativas como a proibição do fumo do tabaco ou o foco na obesidade (...) têm sido recebidas pelos profissionais de saúde e pelo público em geral como uma forma de aumentar a consciência da população e desenvolver o seu sentido de responsabilidade” (Bendelow, 2009: 131)

Tendo em conta o quadro acima descrito, Sarah Cant e Ursula Sharma concluem que é a partir deste contexto alargado que devemos entender quaisquer decisões políticas que venham ser tomadas em relação às MAC. Num momento em que se decide pela redução da intervenção do Estado, poderá, à primeira vista, parecer contraditória a regulamentação legal das MAC. As autoras procuram resolver essa contradição através da necessidade de resposta dos Estados a diferentes pressões de natureza contraditória, desde a pressão dos consumidores, aos constrangimentos económicos (a transposição de um modelo de prestações sociais para um modelo de consumidores assente na responsabilidade individual), à própria natureza das patologias dominantes, a tal transição epidemiológica para a qual o envelhecimento demográfico tem um papel decisivo, como expliquei no capítulo 1:

“Certamente que se verificou uma perda de confiança na medicina ortodoxa, ao mesmo tempo que os governos tiveram de confrontar os problemas da crise financeira e da prevalência de doenças crónicas. Verificou-se um equilíbrio difícil de demandas contraditórias, entre os constrangimentos económicos do modelo capitalista, a necessidade de ordem e vigilância das populações e ao mesmo tempo a necessidade de responder às exigências dos consumidores” (Cant et. al, 1999: 153)

Da discussão concreta deste caso, podemos observar como a aposta em modelos de cuidados de saúde que assentem na promoção de uma postura ativa perante a saúde, assente na prevenção, deve ser compreendida também à luz da vontade dos Estados, assentes num modelo do bem-estar social, em transferirem a responsabilidade da prestação dos cuidados de saúde, para a esfera individual, passando de um modelo do utente, para um modelo do consumidor. Ao mesmo tempo que a grande esperança dos terapeutas de MTC entrevistados em Lisboa a respeito da regulamentação da sua prática

clínica consiste na esperança de que ela possa tornar-se mais acessível à população mais carenciada, as evidências do caso do Reino Unido, apontam claramente para a diferença entre regular a atividade das MAC e integrá-la no serviço nacional de saúde:

“ A reestruturação recente da expertise não tem necessariamente de custar dinheiro ao Estado, uma vez que as terapias são geralmente desenvolvidas no sector privado” (Cant. et al., 1999: 154)

Desta forma, se a regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais em Portugal acalentava nos terapeutas de MTC a esperança da integração da sua prática clínica no Serviço Nacional de Saúde, ou a sua comparticipação estatal da prestação deste serviço, na verdade, a regulamentação da MTC poderá servir a sua utilização com um propósito inadvertido, em sentido contrário às expetativas dos terapeutas: com a sua ênfase na responsabilidade individual no que respeita à adoção de estilos de vida saudáveis que permitam promover a saúde e prevenir a doença, aliada à sua eficácia no alívio dos sintomas relacionados com diferentes patologias crónicas, a MTC poderá constituir-se como uma ferramenta ideal para a criação da tal “cultura do envelhecimento ativo”, apregoada pelo Parlamento Europeu, conforme referido no capítulo 1.

De uma forma bem mais dramática do que aconteceu no caso do Reino Unido, é num contexto de fortes constrangimentos económicos, e numa situação de grave crise económica e social, que a regulamentação da MTC em Portugal tem vindo a ser elaborada e será a partir deste contexto que o seu mercado poderá ou não florescer. Neste sentido, a observação do caso Britânico, onde os constrangimentos económicos nunca atingiram a proporção extrema daqueles que confrangem o Estado português na situação atual, leva-me a argumentar que os dias do eventual crescimento do recurso à MTC legalmente regulamentada poderão ser os dias da redefinição (entenda-se da redução) das prestações sociais do Estado. Esta redução, no que toca às prestações sociais para com os mais idosos, poderá ser alicerçada na retórica da responsabilidade individual perante a saúde, para a qual o paradigma do Envelhecimento Ativo foi apropriado, ainda que erroneamente: pois, na verdade, ao lado da responsabilidade individual perante a saúde, o Envelhecimento Ativo, na aceção da OMS, destaca a importância da segurança socioeconómica dos mais idosos, tendo em conta os fatores sociais determinantes da saúde. No entanto, se a alguns terapeutas de MTC escapa, por vezes, este questionamento crítico da promoção dos estilos de vida saudáveis, as

entrevistas com aqueles terapeutas que trabalham com pacientes de diferentes situações socioeconômicas estão plenas de referências à importância dos fatores sociais determinantes da saúde, que limitam as possibilidades de adesão dos pacientes às suas tentativas de promoção de um estilo de vida saudável.

Ou seja, no final, observa-se que aquilo que tenho vindo a definir como autoridade última do paciente sobre a sua saúde, na base de uma postura ativa e responsável do paciente idoso sobre a sua saúde, sendo essencial à compreensão do Pluralismo Terapêutico, deve, necessariamente, ser equacionada no âmbito dos fatores sociais determinantes da saúde, que a modulam fortemente. Este argumento, de especial relevância para a minha dissertação será aprofundado nos capítulos seguintes.

Capítulo IV

Os Fatores Sociais Determinantes da Saúde

A partir de parte do que foi argumentado no capítulo anterior, poderíamos ser levados à conclusão de que a postura ativa do paciente idoso sobre a sua saúde, um pilar fundamental do Envelhecimento Ativo, derivando, essencialmente, da existência de uma autoridade última do paciente sobre a sua saúde, resume-se, então, a uma questão de índole puramente individual. Nesse sentido, no capítulo anterior, a frequente complementaridade que caracteriza o recurso da população idosa à Biomedicina e à MTC, aquilo que foi designado de “Pluralismo Terapêutico”, foi atribuída a uma questão de escolha individual que, decorrente de uma autoridade última do paciente idoso sobre a sua saúde, me permitiu criticar o argumento segundo o qual a Biomedicina relega o paciente idoso a uma posição meramente passiva e dependente. Pelo contrário, a emergência do paradigma do Envelhecimento Ativo, aponta para a consolidação de uma tendência social alargada para a promoção da responsabilidade individual e de uma postura ativa na promoção da saúde e prevenção da doença.

Tal como argumentei no capítulo anterior, julgo que essa tendência, originada no seio da Biomedicina, nomeadamente através da emergência da “nova saúde pública”, pode ser pensada como um outro tipo de “medicalização” da velhice que, embora não relegando a população idosa para uma situação passiva e dependente - através da recorrente medicação de problemas de origem social, como se de patologias físicas se tratassem - abarca para dentro da esfera biomédica um conjunto de problemas de origem social, cultural e económica. Neste novo modelo, esses problemas são resumidos à escala individual, do exercício de uma postura ativa e responsável do sujeito idoso sobre a sua saúde, com um potencial para revelar a mesma desconsideração pelos fatores sociais determinantes da saúde que fora criticada ao anterior processo de medicalização. Tal como comecei a desvelar no final do capítulo anterior, há evidências para pensarmos que este novo modelo, com a sua ênfase na responsabilização individual sobre a sua saúde, relaciona-se com transformações sociais e culturais, intimamente ligadas às respostas políticas dominantes ao problema da sustentabilidade do Estado Social, em muitos países europeus, tornado mais premente pelo forte envelhecimento demográfico das últimas décadas. Este incentivo à autonomia, reforçando o espaço para

a escolha individual, ao mesmo tempo que “cria um ideal de autogoverno”, abre espaço para o desinvestimento estatal nos campos da saúde pública ou da proteção social, garantida pelas pensões:

“Assim, na sua versão contemporânea, a educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável. Nesse novo paradigma, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno. Da mesma maneira que a promoção da saúde, o neoliberalismo, uma nova forma de racionalidade política, que tem predominado nas sociedades ocidentais contemporâneas, defende a tese do investimento na autonomia e na escolha individual. O sustentáculo dessa forma de racionalidade é a ideia de que o ‘público’ não pode interferir na vida particular do indivíduo” (Oliveira, 2005: 425)

O que, a verificar-se, pode comprometer gravemente o pilar da Segurança, que, a par da postura ativa e responsável do paciente idoso sobre a sua saúde, é considerado pela OMS como essencial para a boa implementação do Envelhecimento Ativo. A não ser que os indivíduos e as famílias assumam, cada vez mais, a responsabilidade particular de planificarem a sua velhice³¹.

No entanto, tal como procurarei argumentar ao longo deste capítulo, a existência de fatores sociais fortemente determinantes da saúde, obriga-nos a pensar dentro dos moldes de uma abordagem de curso de vida, em que a saúde na velhice é, em boa medida, determinada pela situação social e económica dos sujeitos ao longo das suas vidas. Partindo desta perspetiva, a possibilidade dos indivíduos e das famílias assegurarem a sua segurança na velhice, dificilmente, pode ser pensada numa dimensão puramente particular, uma vez que as desigualdades socioeconómicas determinam, ao longo da vida dos sujeitos, um diferencial na sua possibilidade de planificarem a sua velhice.

Como procurarei argumentar ao longo dos próximos capítulos, a consideração dos fatores sociais determinantes da saúde, conduz, necessariamente, à conclusão de que

³¹ Este princípio da assunção particular da planificação da segurança na velhice, pelos indivíduos e as famílias, é apenas sugerido pela OMS, que tem, ainda assim, uma perspetiva que aponta para uma responsabilidade coletiva (indivíduos, famílias e sociedade) na garantia dos 3 pilares essenciais a uma efetiva implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo (OMS, 2002). Como veremos mais adiante, a OCDE e a UE adotam uma perspetiva que coloca maior ênfase na responsabilidade individual, ainda que mais evidente nesta primeira instituição internacional do que na segunda (cf. capítulo 8).

implementação efetiva do ideário do Envelhecimento Ativo, tal como foi definido pela OMS – garantindo os pilares da participação, da saúde e da segurança – só é possível através da correção das desigualdades socioeconómicas que, condicionando a saúde dos indivíduos ao longo de toda a sua vida, determina fortemente a sua saúde na velhice, assim como, a possibilidade de garantir a sua participação e segurança económica nesta fase da vida.

Como ficará evidente ao longo dos próximos capítulos, os impactos destes importantes fatores sociais e económicos fazem-se sentir sobre a saúde dos mais idosos, de uma forma direta, por exemplo, através do tipo de profissão desempenhada ao longo da vida, mas também, indiretamente, ao condicionarem fortemente a possibilidade dos indivíduos assumirem uma postura ativa sobre a sua saúde, que lhes permita adotar um estilo de vida saudável. Pois, como veremos, a adoção de uma postura ativa e responsável do paciente idoso sobre a sua saúde, é fortemente condicionada pela detenção de diferentes tipos de capital: social, cultural, económico. Pelo que, consequentemente, na prática, não se verifica Envelhecimento Ativo sem que seja garantida a existência destes diferentes tipos de capital. Assim, a autoridade última do sujeito sobre a sua saúde subjaz o recurso à MTC, no âmbito de um pluralismo terapêutico, e garante uma postura ativa do paciente idoso sobre a sua saúde, mas, apenas e unicamente, quando estão reunidas um conjunto de condições estruturantes do comportamento individual, nomeadamente, a detenção destes diferentes tipos de capital.

A desconsideração pelos fatores sociais determinantes da saúde, que ocuparão o centro dos próximos capítulos, comporta, tal como foi desenvolvido no capítulo anterior, o risco da culpabilização dos indivíduos pelas suas doenças. Esta desconsideração está, também, na base da segunda tensão que caracteriza o debate a respeito do envelhecimento demográfico, tal qual foi enunciada na Introdução da presente dissertação. É o que se constata quando o discurso político, por exemplo do Parlamento Europeu, entendendo que o envelhecimento demográfico tanto pode constituir uma conquista civilizacional, uma oportunidade, como pode constituir um desafio à coesão e sustentabilidade social, faz depender a transformação do desafio em oportunidade da efetiva implementação de uma “cultura do envelhecimento ativo”. Na verdade, como veremos, a implementação prática do Envelhecimento Ativo depende não apenas da promoção de uma nova “cultura”, que o idoso, e a própria sociedade no

seu conjunto, deverá adotar de forma ativa e responsável, mas da correção das desigualdades sociais e económicas que, condicionando as possibilidades para o exercício da responsabilidade individual perante a saúde e da participação ativa na sociedade, vedam, para alguns, mais do que para outros, as oportunidades para a adoção desta “cultura do envelhecimento ativo”.

Os Fatores Sociais Determinantes da saúde: limites da responsabilidade individual sobre a saúde

No que diz respeito à população idosa, como disse anteriormente, existem fatores sociais que determinam fortemente a sua saúde, de duas formas principais:

- de uma forma direta, através dos impactos que a condição socioeconómica tem sobre a saúde individual;
- de uma forma indireta, quando a detenção de diferentes tipos de capital, social, cultural e económico, revela-se importante, não só na determinação da condição de saúde dos idosos, mas para que, enquanto pacientes, adotem uma postura ativa e responsável, assumindo estilos de vida saudáveis, que lhes permitam melhorar a sua condição de saúde.

A sustentação empírica do primeiro argumento será feita em seguida, através do recurso aos dados recolhidos e analisados por diferentes autores, ao passo que a defesa do segundo argumento será feita, mais adiante, ao longo dos próximos capítulos, baseando-me, não apenas noutras investigações, mas, sobretudo, nos dados empíricos recolhidos no âmbito da minha própria pesquisa.

Os investigadores associados ao “Center for Health and Society”, da University College of London, acumularam um amplo conjunto de dados a respeito dos fatores sociais determinantes da saúde que, a pedido da OMS, preocupada com a compilação desses dados de uma forma que pudessem ser facilmente usados pelos decisores políticos, deu origem, em 1998, à publicação de *Social determinants of health: the solid facts*, da responsabilidade de R. Wilkinson e M. Marmot. A recolha de novas evidências, daria origem a uma nova edição, revista pelos mesmos autores, publicada

pela OMS, em 2003, e ampliada mais tarde, na sua versão em livro (Marmot et al., 2006).

A partir desta ampla investigação, define-se, então, o que se entende por fatores sociais determinantes da saúde:

“Mesmo nos países mais ricos, as pessoas com pior condição socioeconómica têm uma expectativa de vida substancialmente inferior e apresentam mais doenças do que os mais ricos. Estas diferenças na saúde representam, não apenas uma importante injustiça social, como, também, chamaram a atenção científica para alguns dos mais poderosos determinantes da saúde nas sociedades modernas. Nomeadamente, estas diferenças levaram a um crescente entendimento da suscetibilidade da saúde em relação ao meio social e àquilo que veio a ser conhecido como os fatores sociais determinantes da saúde” (Wilkinson et al., 2003: 7)

Neste sentido, a literatura em torno dos fatores sociais determinantes da saúde analisa, no campo específico da saúde, aquelas que são as grandes “clivagens mundiais – na saúde, nos recursos e na doença” (Bastos, 2002):

“O cancro, como as doenças cardíaco-vasculares, é habitualmente considerado sinal e fardo da modernidade: onde as doenças infecciosas são vencidas pela melhoria dos padrões de bem-estar económico, nutrição e educação, ou seja, nos países desenvolvidos, o cancro e as doenças cardíaco-vasculares destacam-se nas estatísticas de morbilidade e mortalidade. Contrariamente, nos países com baixos indicadores de bem-estar sócio-económico e sanitário, os números relativos ao cancro e outras enfermidades crónicas e degenerativas submergem por entre as patologias infecciosas (...) que, mesmo que tratáveis e preveníveis, dizem ainda os mundos da pobreza.” (Bastos, 2002: 18).

A publicação da OMS a respeito dos fatores sociais determinantes da saúde organiza-se em torno de alguns temas principais, a partir dos quais se identificam as necessárias medidas políticas que poderiam corrigir os seus impactos negativos. Pois, reconhecendo a tensão que existe entre a abordagem proposta pela análise dos fatores sociais determinantes da saúde, e a perspetiva que assenta, sobretudo, na educação para a saúde, visando a modificação dos comportamentos, através da promoção da responsabilidade individual, Wilkinson e Marmot defendem a imperativa necessidade de alteração do meio social, através de medidas políticas, para que, no final, possam verificar-se as tão almejadas modificações do comportamento individual:

“A nossa intenção foi garantir que a política a todos os níveis – no governo, nas instituições privadas e públicas, nos locais de trabalho e na comunidade – tenha em consideração devida as evidências recentes sugerindo uma responsabilidade alargada na criação de sociedades mais saudáveis (...)

Porque as exortações à alteração do comportamento individual são também uma abordagem bem estabelecida para a promoção da saúde, e as evidências sugerem que ela pode, por vezes, ter um efeito muito limitado, pouco diremos a respeito da forma como os indivíduos podem melhorar a sua saúde. No entanto, enfatizamos a necessidade de entender-se como o comportamento é influenciado pelo meio social e, de forma consistente com uma abordagem à saúde a partir dos seus determinantes sociais, recomendamos alterações do meio social que poderiam levar a comportamentos mais saudáveis”. (Wilkinson et al., 2003: 9)

Conduzindo à crítica da promoção da saúde com base na modificação dos comportamentos individuais, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudáveis, o reconhecimento da relevância dos fatores sociais determinantes da saúde implica, necessariamente, um questionamento dos limites da responsabilidade individual, e, conseqüentemente, da autoridade última do paciente idoso sobre a sua saúde, que foi discutida no capítulo anterior.

Desta forma, a abordagem baseada nos fatores sociais determinantes da saúde pode entrar em contradição com algumas teses da Gerontologia que, baseadas na alteração dos comportamentos individuais, procuram garantir um envelhecimento bem-sucedido (cf. Rowe et al., 1987). Anne McMunn e seus colaboradores, com pesquisa publicada a respeito dos fatores sociais determinantes da saúde particularmente relevantes no caso da população idosa, expressam esta contradição:

“De acordo com Rowe e Kahn (...), o comportamento saudável é o caminho para o envelhecimento bem-sucedido. A forma como cada um envelhece não é geneticamente determinada, mas é determinada pelas escolhas em termos de estilo de vida dos indivíduos. No entanto, sabe-se que o comportamento individual é influenciado pela posição social, cultura (...), e pelos constrangimentos económicos (...) – pelo menos na meia-idade. A relação entre a posição social e os comportamentos de saúde na velhice é menos clara” (McMunn et al, 2006: 283)

Mas, na verdade, tal como foi descrito no capítulo 1, Rowe e Kahn, na sequência da publicação do seu artigo seminal, viriam a publicar posterior investigação que evidenciou a relevância de importantes fatores sociais determinantes da saúde, identificando o nível de escolaridade elevado, um elevado rendimento económico e a existência de uma ampla rede de relações sociais, como os preditores socioeconómicos mais relevantes do envelhecimento bem-sucedido (Rowe e Khan, 1997).

Nesse sentido, no meu entender, mais do que abordagens opostas, a investigação em torno do conceito de envelhecimento bem-sucedido, mais centrado na alteração dos

comportamentos individuais, mas progressivamente ciente dos importantes preditores socioeconómicos dos estilos de vida saudáveis, complementa a investigação baseada nos fatores sociais determinantes da saúde. Parece-me, de facto, que o conceito de Envelhecimento Ativo, tal como foi elaborado pela OMS, detalhadamente analisado no capítulo 1, tendo a sua origem na investigação gerontológica em torno do envelhecimento bem-sucedido, mas destacando, igualmente, a relevância de diversos fatores sociais determinantes da saúde, procura, efetivamente, ser a súpula perfeita destes dois tipos de abordagem à saúde da população idosa.

Assim, julgo que é a localização dos decisores políticos em apenas uma destas duas abordagens que pode revelar-se problemática: a primeira, com o seu enfoque exclusivo na responsabilidade individual, podendo conduzir à culpabilização do paciente idoso pelas suas próprias doenças; a segunda, com o seu enfoque preferencial em fatores estruturais, sociais e económicos, podendo descurar a importância de se estimular a responsabilidade da população idosa sobre a sua saúde, relegando-a a uma posição passiva e dependente e correndo o risco de sustentar uma prestação assistencialista dos cuidados de saúde.

Das diferentes publicações acima citadas, de autores dos dois tipos de abordagens analíticas, tanto de Anne McMunn e seus colaboradores, como de Rowe e Khan, os principais fatores sociais determinantes da saúde, ou, no segundo tipo de terminologia, os principais preditores socioeconómicos do envelhecimento bem-sucedido, parecem estar identificados em torno dos mesmo tipo de aspetos principais: posição social (ou redes sociais amplas), cultura (ou escolaridade, mais especificamente), constrangimentos económicos. O que apenas reforça o valor explicativo destes diferentes aspetos.

É, igualmente, em torno de três eixos principais, comparáveis aos apontados por estes autores, que gravitam os dados empíricos recolhidos na minha investigação, no que se refere à compreensão dos fatores sociais determinantes da saúde da população idosa: as desigualdades na detenção de capital social, capital cultural e capital económico. Pois, tal como procurarei evidenciar em seguida, estes fatores sociais têm, não só impactos diretos sobre a saúde da população idosa, como indiretos, na determinação das possibilidades individuais para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Antes da apresentação dos dados empíricos e da sua discussão crítica, mais algumas palavras a respeito destes diferentes tipos de capital. Se, tal como afirmam Anne McMunn e seus colaboradores, a “relação entre a posição social e os comportamentos de saúde na velhice é menos clara” do que na meia-idade, procurarei basear-me dados reunidos na minha pesquisa para providenciar explicações a este respeito. A resposta passa por relacionar a postura ativa e a responsabilidade individual do paciente idoso sobre a sua saúde com a detenção destes diferentes tipos de capital – social, cultural e económico.

Envelhecimento Ativo e as desigualdades na detenção de diferentes tipos de capital: social, cultural e económico

A discussão anterior, a respeito da responsabilidade individual de adoção de uma postura ativa sobre a saúde e dos limites que a ela se impõem, a partir dos fatores sociais determinantes da saúde, retoma, neste campo particular, uma discussão muito mais abrangente e antiga dentro das ciências sociais, a respeito da capacidade de agência dos sujeitos *versus* os limites impostos pela estrutura social.

Dos inúmeros autores cujas obras poderíamos enquadrar no âmbito desta discussão - que extravasa os objetivos da minha investigação, mas que, ao mesmo tempo, os dados empíricos recolhidos revelam essencial - optei por uma revisitação crítica de alguns dos conceitos fundamentais de apenas um autor, que me parece fundamental. Refiro-me a Pierre Bourdieu, tendo em conta que os dados empíricos reunidos no âmbito da minha investigação viriam a revelar a necessidade da consideração das desigualdades na detenção de diferentes tipos de capital, como constrangimentos estruturais da agência dos sujeitos idosos, relativamente aos seus comportamentos de saúde.

A obra de Pierre Bourdieu representa, efetivamente, uma tentativa de superação das teorias estruturalistas deterministas, ao mesmo tempo que rejeita um tipo de análise fenomenológica que não considere o impacto da determinação histórica e social sobre a ação humana (Bourdieu, 2002; 1997; 1986; 1980; Bourdieu et al., 1992). Neste sentido, as propostas deste autor relacionam-se diretamente com a discussão que tenho vindo a encetar. Pois, seria um equívoco desconsiderar a existência de uma autoridade última do

paciente idoso, na base da adoção de uma postura ativa sobre a sua saúde, como das escolhas entre diferentes recursos terapêuticos (cf. capítulo 3). Mas, seria, igualmente, um equívoco negar a importância dos fatores sociais na determinação da saúde da população idosa, e no reforço ou enfraquecimento dessa autoridade pessoal sobre a saúde, pela forma como limitam o leque de escolhas possíveis entre diferentes recursos terapêuticos.

No plano conceptual, na obra de Bourdieu, esta superação passa pelo esbatimento crítico de dicotomias tantas vezes mobilizadas pelas ciências sociais e suas diferentes linhagens teóricas: indivíduo/sociedade; sujeito/objeto; interno/externo; material/espiritual, estrutura/agente, etc. (Bourdieu, 1980).

Mas, é a sua análise da concorrência entre diferentes grupos que ocupam diferentes posições no espaço social, para a qual mobiliza as noções de “classe social” e de “campo”, que mais me interessa aqui observar. Expandindo o conceito de capital, desenvolvido por Marx, para lá da esfera estritamente económica, Bourdieu descobre diferentes classes sociais organizadas hierarquicamente pela maior ou menor posse de diferentes tipos de capital:

“(...) o capital apresenta-se sob 3 tipos fundamentais (cada um com os seus subtipos), nomeadamente, o capital económico, o capital cultural, e o capital social” (Bourdieu et al. 1992:119).

As características destes três tipos de capital³² serão explicadas ao longo dos próximos capítulos, à medida que for clarificada a sua importância na definição dos comportamentos de saúde da população idosa.

De acordo com Bourdieu, é esta detenção diferenciada de diferentes tipos de capital pelos indivíduos e classes sociais, associada a diferentes “*habitus*”³³

³² Para além destes tipos de capital, o autor acrescenta o “capital simbólico”, que corresponde à mais-valia retirada de uma falsa compreensão dos processos arbitrários que estão na base da discrepante posse ou acumulação destes diferentes tipos de capital, instaurando-se uma hierarquia em termos de prestígio dos indivíduos e dos grupos.

³³ O conceito de *habitus* foi previamente utilizado por Marcel Mauss no seu influente ensaio sobre as técnicas do corpo, de 1935 (Schlanger, 2006). Marcel Mauss utiliza o conceito de *habitus* para tentar analisar as diferentes configurações que as utilizações do corpo adquirem em diferentes sociedades, ao nível de diversas atividades (que vão desde a forma como se come, como se descansa, como se nada, até aos cuidados com as crianças), reunidas sobre o conceito lato de técnicas do corpo. Este conceito de *habitus* será desenvolvido de uma forma ampla por Pierre Bourdieu, tornando-se uma peça essencial para uma teoria sociológica que procura integrar o papel das estruturas sociais e da capacidade volitiva dos

estruturantes do comportamento social, que limita a ação dos sujeitos, tornando insustentáveis as teorias racionalistas que tendem a esquecer estas condicionantes estruturais e colocam um individualismo idealizado como motor da ação humana, como é o caso do racionalismo finalista do *homo oeconomicus*, característico da teoria económica clássica que, baseado na ideia da racionalidade dos sujeitos, postula que a ação individual resulta de um mero cálculo de custos/benefícios (Bourdieu, 1980).

Para Bourdieu, mais correto do que pressupor uma racionalidade económica na base do comportamento dos sujeitos, é notar como os “habitus” são incorporados pelas classes dominantes e pelas outras como uma noção do possível, dotando o mundo de sentido: existe uma correspondência estatística entre as posições sociais dos agentes e os objetos de que eles se fazem rodear (casas, mobília, equipamento doméstico) ou as pessoas às quais se associam de uma forma duradoura (amigos, cônjuges, conhecidos). É, pois, nas sociedades mais estáveis e menos diferenciadas que encontramos uma concordância quase perfeita entre *habitus* e *habitat* (estruturas objetivas), por exemplo, entre os esquemas da visão mítica do mundo e a organização do espaço doméstico.

É na aprendizagem, feita pelo corpo, das diferenciações entre masculinidade e feminilidade que encontramos o modelo para a incorporação de outras formas de hierarquias sociais, repetidas nos vários ritos institucionais, recorrendo à violência sobre o corpo:

“As instituições sociais mais severas não se dirigem ao intelecto mas ao corpo” (Bourdieu, 1997: 169).

De toda esta aprendizagem através da incorporação, dotando o mundo de um sentido que enforma o conhecimento prático dos sujeitos, resultaria uma concordância “(...) entre os desejos e as chances objetivas de os realizar” (idem: 176), ou seja, entre expetativas individuais, moldadas por um *habitus* incorporado, e as possibilidades efetivas de concretização, como resultantes da inserção dos sujeitos num determinado “campo” social, a partir do qual o seu *habitus* é estruturado, sendo que dele é simultaneamente estruturante.

sujeitos na explicação da ação humana e que procura descrever a normatividade social, assente em disposições regulares dos sujeitos no espaço social, estatisticamente demonstráveis.

A partir desta breve apresentação teórica da obra de Pierre Boudieu e na sequência da discussão anterior a respeito dos fatores sociais determinantes da saúde, defendo o argumento, reforçado pelos dados que apresentarei em seguida, de que a adoção dos estilos de vida saudáveis por parte da população idosa não pode ser pensada apenas no campo estrito da agência dos sujeitos, sem a consideração devida aos fatores sociais determinantes da saúde, nomeadamente, as desigualdades na detenção de diferentes tipos de capital.

Capítulo V

Capital Social

Darei início a esta discussão da relevância do capital social enquanto fator determinante da saúde e dos comportamentos individuais a ela associados, e, por isso, indispensável à boa implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo, a partir de uma discussão crítica dos casos de duas pacientes idosas que recorrem à MTC, em Lisboa. De acordo com Pierre Bourdieu:

“O capital social é a soma dos recursos, reais ou virtuais, disponíveis para um indivíduo ou um grupo, em virtude de possuírem uma rede durável de relações sociais, de conhecimento e reconhecimento mútuo, mais ou menos institucionalizadas” (Bourdieu et al., 1992: 119)

Julgo que a seguinte discussão crítica me permitirá ilustrar, com base em dois casos extremos, o sentido desta definição de capital social, proposta por Pierre Bourdieu.

Capital Social: dois casos extremos

Ambas as pacientes são residentes em Lisboa e recorrem a tratamentos de MTC, sobretudo, de acupuntura nesta mesma cidade, mas em diferentes lugares. Teresa vai a uma consulta privada na clínica de um terapeuta de MTC e beneficia de um preço especialmente baixo, por ter sido uma das suas primeiras pacientes e uma das mais regulares. A Joana recorre a consultas de acupuntura a baixos custos, promovidas pela Junta de Freguesia de Santos-o-Velho.

Teresa tem 87 anos, estudou até à antiga 4ª classe, nos tempos da sua infância em Vila Cova de Ceia. Acabou por vir para Lisboa onde aprendeu o ofício de bordadora à mão. Mas depois, “como o ofício era muito difícil, muito trabalhoso”, acabou por se empregar num escritório, como secretária:

“até que felizmente me casei e depois não precisei de ir trabalhar, fiquei em casa...ainda tentei fazer alguns trabalhos como bordadeira, mas não valia a pena, mais valia ficar a tomar conta do filho.”
(Teresa)

Esteve casada durante 25 anos e ficou viúva aos 50 anos, apenas recebendo parte da pensão do falecido marido. Aos 60 anos, por dificuldades económicas, teve de voltar a trabalhar. Com poucos estudos e depois de tantos anos sem trabalhar, acabou por empregar-se a fazer limpezas na loja de um familiar:

“...nunca tinha trabalhado naquele tipo de coisa, mas adaptei-me bem e trabalhei lá 15 anos para ter a reforma que tenho hoje...” (Teresa)

Vive hoje da soma da sua reforma com a do marido, num total de 480 euros por mês. Ainda hoje trabalha, a fazer alguns trabalhos de limpeza em casa de Carlos, também ele um paciente de acupuntura que tive oportunidade de entrevistar e um amigo de longa data da Teresa, e de qual falarei com maior detalhe, mais adiante.

Por outro lado, a Joana tem agora 76 anos, estudou também até à antiga quarta classe. Tinha uma loja com o marido e também ficou viúva cedo, já há 21 anos, quando tinha 55 anos de idade. Vive hoje da soma da sua pensão com a do seu marido, o que lhe dá cerca de 400 Euros por mês.

Ambas as pacientes apresentam alguns aspetos em comum entre si e, aliás, com muitos outros pacientes de acupuntura que tive oportunidade de entrevistar. Manifestam, também, algumas diferenças essenciais, elas mesmas recorrentes entre os diversos pacientes.

Ambas as pacientes recorreram à acupuntura por sugestão de um familiar, sendo a filha, tal como se verifica no caso da Joana, o familiar que mais frequentemente desempenha esse papel. As filhas, mulheres de meia-idade, dentro do padrão do indivíduo-tipo que geralmente recorre à acupuntura (Saks, 1992; Sharma, 1992), são quem, tipicamente, convence os pais idosos da eficácia da acupuntura. Os idosos são, geralmente, mais desconfiados ou, simplesmente, desconhecedores deste tipo de tratamentos:

“Nunca tinha feito acupuntura antes...e ria-me disso, dizia que era uma parvoíce (...) achava que aquilo era uma palermice (...) depois mudei de ideias quando vim aqui e passou-me a dor do pescoço, que já há tantos anos que eu andava na fisioterapia e ninguém me conseguia tirar essa dor (...)” (Joana)

Ambas as pacientes recorreram à acupuntura devido a problemas musculares ou esqueléticos, que são, tal como pude verificar em várias entrevistas a pacientes e

terapeutas de MTC, as queixas dominantes dos pacientes, tanto homens, como mulheres:

“Tinha princípio de descalcificação da cabeça do Fémur, mas isso quando eu comecei com a descalcificação já estava com ele [referindo-se ao seu acupuntor]... já estava a ser tratada por ele, por causa das tendinites” (Teresa)

No entanto, verifica-se, uma diferença fundamental na comparação do comportamento da Joana com o de Teresa. Esta última apresenta um comportamento particular, distinto de grande parte dos pacientes idosos, pela postura extremamente ativa que assume perante o tratamento, adotando as sugestões do seu terapeuta de MTC, no que se refere à alimentação ou utilização de produtos naturais, ou à prática regular de certos exercícios físicos ou respiratórios. Para ela, o tratamento vai muito além da sessão de acupuntura e procura implementar, no seu dia-a-dia, todo o tipo de sugestões que o seu terapeuta de MTC lhe oferece, procurando envolver esta paciente, habilitando-a a tratar de si mesma:

“Faço outras coisas que ele também me ensinou (...) é que ele ensina muitos truques, coisas para nós fazermos, que eu aprendi e faço” (Teresa)

O caso de Teresa serve aqui para ilustrar a adoção de uma postura ativa perante o tratamento e de responsabilidade individual sobre a saúde, comportamento manifesto por parte dos pacientes que recorre à acupuntura. Baseado naquilo que pude observar, argumento que a adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a sua saúde não é algo que o paciente adquira somente através das consultas de MTC, por influência do seu terapeuta de MTC/médico-acupuntor e das suas sugestões de alteração de hábitos de vida. A adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde depende, muitas vezes, de um conjunto de fatores estruturantes, prévios ao recurso à MTC.

Em primeiro lugar, em muitos casos, esta responsabilidade individual, assente em comportamentos ativos de promoção da saúde, é uma condição prévia, baseada no estilo de vida dos sujeitos, anterior ao seu recurso à MTC. Sem dúvida, poderá ser instigada pelo terapeuta/médico-acupuntor, mas, quando era, até então, desconhecida do paciente, mais dificilmente, verifica-se uma alteração de comportamentos para lá da sessão terapêutica. Pois, tal como foi analisado anteriormente (cf. Capítulo 3), muitos

terapeutas de MTC, tal como os médicos-acupuntores, apontaram a dificuldade que têm em conseguir que os pacientes idosos alterem os seus hábitos alimentares. Já, por exemplo, o facto de Teresa adotar as sugestões do seu terapeuta de MTC, seja em termos de alimentação ou na toma de produtos naturais, ou através da realização de exercício físico, encontra-se em conformidade com o seu estilo de vida, previamente adquirido, de há vários anos:

“... eu nunca mais fui ao médico de família, porque não tenho problemas para ir ao médico, primeiro porque sei como é que hei de comer, faço uma vida normal, não fumo, não bebo, não perco noites, e nunca fui de perder noites, quando tinha o meu marido íamos às vezes passear, mas mesmo solteira, nunca fui de beber, de fumar, de perder noites e sempre fui virada para a natureza, para uma vida sã e quando estou ao pé de pessoas que me estão a incomodar, olhe mudo-me... não vou mudar ninguém, mudo-me eu quando eu começo a sentir-me incomodada.” (Teresa)

Por outro lado, o caso da Joana serve aqui para ilustrar um outro tipo de comportamento, recorrente entre os pacientes idosos de acupuntura, que implica utilizar este tipo de tratamentos, sem grande predisposição individual para uma alteração dos hábitos de vida, e dos comportamentos relacionados com a saúde.

Mas, observar esta diferença entre estas duas pacientes, não explica ainda quais são os fatores essenciais que a determinam. Ou seja, quais são, então, os fatores sociais determinantes da existência deste estilo de vida saudável que, no caso de alguns pacientes e não em outros, existe previamente ao recurso à MTC. A comparação entre estes dois casos, evidencia como um desses fatores, talvez o mais importante, prende-se com a detenção de um elevado nível de capital social.

De facto, existe uma diferença essencial entre Teresa e Joana, sobretudo, no que se refere ao seu “engajamento ativo com a vida” (cf. Capítulo 1), especialmente no desenvolvimento de relações interpessoais, nomeadamente, no que respeita à qualidade das suas relações de amizade e familiares. Desta diferença resulta um enorme contraste entre estas duas mulheres, em termos da sua “avaliação subjetiva da velhice”.

Começo por me referir ao seu engajamento ativo com a vida. Tal como foi discutido no capítulo 1, o conceito de “engajamento ativo com a vida”, definido por Rowe e Kahn, no âmbito da sua investigação em torno do envelhecimento bem-sucedido, refere-se, sobretudo, ao desenvolvimento ativo de relações interpessoais e ao envolvimento em atividades produtivas (Rowe e Kahn, 1997: 433). Desta forma, o

conceito de “engajamento ativo com a vida” evidencia, claramente, a importância da investigação gerontológica em torno do conceito de envelhecimento bem-sucedido, na sustentação do paradigma político do Envelhecimento Ativo.

Mas, o conceito de “engajamento ativo com a vida” é especialmente relevante para a minha investigação por evidenciar a importância da detenção de capital social para que ocorra um envelhecimento bem-sucedido, e, o mesmo é dizer, para que haja uma verificação prática do paradigma do Envelhecimento Ativo. De facto, o caso de Teresa evidencia como o desenvolvimento das relações interpessoais está intimamente associado com a participação em atividades coletivas. Pois, aos 87 anos, Teresa é uma mulher envolvida em múltiplas atividades, desde a prática de Chi Kung, à prática de ginástica de manutenção, às idas à Igreja, à lida da casa (fazer limpezas, ir às compras, etc.), até aos trabalhos de limpeza remunerados, que ainda faz, para acrescentar algum dinheiro ao seu curto orçamento mensal:

“Vou ao Chi Kung e vou à ginástica da Igreja (...) é uma ginástica virada para o exercício dos braços, das pernas, deitada no chão, fazer a bicicleta, exercícios na cadeira, sentada na cadeira levantar as pernas, dobrar as pernas, sentada, deitada, em pé, é aqueles exercícios que se podem fazer... e ao sábado venho para a Sociedade Portuguesa de Naturalogia, quando há as conferências. Venho sempre às conferências! (...) De maneira que eu não paro! Mesmo em casa, ou estou na cozinha a fazer as coisas da cozinha ou estou no quarto a fazer arrumações (...) mas estou sempre pronta para coisas, estou sempre pronta...vou às compras e venho carregada da praça, e por isso é que eu dou cabo das tendinites! Já da outra vez dei cabo dos braços, e é um disparate que eu ando a fazer, mas tenho de mudar...” (Teresa)

Por outro lado, de forma contrastante, Joana não participa em atividades em grupo, exceto a hidroginástica, encontra-se com as suas amigas de manhã, mas apenas para um curto café, e passa grande parte do seu tempo em casa sozinha, apenas com a companhia dos seus cães:

“Olhe, eu agora não faço nada...porque não posso! Não posso lavar os vidros, não posso lavar uma parede, não posso nada, só o chão, a parte debaixo, onde eu chego, é que faço... só a minha filha, aquela que tem um café é que eu ajudei muito tempo (...) agora nunca mais fui para o café, porque eu fui operada aos joelhos, estava muito aleijadinha das pernas e, então, nunca mais lá fui, porque o Sr. Dr. disse que eu não podia ir ...agora estou bem dos joelhos, graças a Deus, mas ficaram os problemas da coluna, que não se pode arranjar...passo o tempo, estou lá na minha casa, engomo a roupa, ajudava as minhas filhas, mas agora elas não têm querido que eu as ajude... E vou à rua, tenho dois cães, tenho irmãos em Paço de Arcos, vou lá ter com elas e pronto...não sou muito de andar em cafés, não sou...bebo um

cafezinho e pronto, não sou de andar aí a manhã inteira metida no café, vou para a minha casa e fico por lá...” (Joana)

Assim, diretamente relacionada com a sua diferença na participação em atividades coletivas, está a qualidade das suas relações interpessoais, aquilo que poderíamos definir como o maior nível de capital social de Teresa, por comparação a Joana. De facto, um aspeto em que estas duas mulheres diferem, fundamentalmente, é na qualidade das suas relações familiares e de amizade.

Teresa considera que tem uma relação muito boa com a sua família, o seu filho e as suas netas. Aliás, quando confrontada com a morte do marido, foi a relação próxima com a sua família, donde retira uma sensação de ser necessária, que a ajudou a continuar com a sua vida:

“(...) criei as minhas netas, porque a mulher do meu filho deixou-o, trocou-o por outro indivíduo e eu fiquei a tomar conta delas...o meu marido morreu na altura em que o meu filho estava na tropa e havia já uma criança e outra para nascer, eu tive de tomar conta daquela situação conforme pude (...) entretanto, as minhas netas já não precisavam de mim e eu peguei na minha mãe, que morreu com 88 anos, mas a minha mãe estava muito gasta, já estava quase cega... peguei na minha mãe e fomos para casa da minha irmã que é onde eu vivo hoje. A minha irmã, os filhos tinham casado, saído de casa, e ela estava sozinha, então, eu fui para lá com a minha mãe. Ela esteve lá um ano e tal e lá faleceu, com arteriosclerose muito avançada... entretanto, fui sempre trabalhando (...)” (Teresa)

Já no caso da Joana, verifica-se uma relação de grande distância com a sua família, o que traz uma sensação de abandono, de solidão e de tristeza, que a leva a chorar por diversas vezes durante a realização da entrevista:

“(...) Tenho impressão que as pessoas menos minhas amigas são as minhas filhas ... (...) tenho uma filha que mora no segundo andar do meu prédio...passa-se semanas que eu não a vejo..” (Joana)

Tal como Teresa, Joana também teve que lidar com o facto de ficar viúva ainda nova, mas, sem encontrar nas suas relações familiares um sentimento de ser útil a alguém, não identificou a necessária motivação para seguir em frente:

“Tenho netos, mas já os criei antigamente. Agora já não me dão netos para criar [começa a chorar] (...) Olhe, são assim...é assim que as minhas filhas fazem... depois da morte do meu marido, fiquei com três filhas mas fiquei sozinha. A pessoa que era mais minha amiga que eu tive foi o meu marido [volta a chorar]” (Joana).

A qualidade da relação com os familiares é um dos aspetos mais variáveis entre os pacientes idosos que pude entrevistar. A Joana e a Teresa representam aqui dois casos extremos desta variação, que nos permitem pensar na importância das relações familiares, um importante recurso constitutivo do capital social, para a configuração do bem-estar na velhice. Quando existe em abundância, é um aspeto essencial para uma avaliação positiva no que se refere ao bem-estar, ao mesmo tempo que, quando escasseia, torna-se um fator preponderante como causa de mal-estar.

No entanto, já encontrei exceções, em que as relações com a família passam para um plano secundário, por comparação à importância atribuída às relações de amizade na determinação do bem-estar. Mas, mesmo assim, também no que se refere às relações de amizade, Teresa apresenta uma rede mais alargada e mais próxima do que Joana. Porque, tal como em muitos outros casos que tenho observado, as amizades entre os idosos baseiam-se ou nas relações de vizinhança ou são construídas no âmbito da participação em atividades coletivas e, neste sentido, a aquisição de capital social, por via do desenvolvimento de relações de amizade, está intimamente relacionada com a participação nestas diferentes atividades.

Tanto a Teresa como a Joana têm em comum a prática de exercício físico, a que ambas se referiram quando lhes perguntei sobre as relações de amizade. No caso de Joana, as relações de amizade baseiam-se nas relações de vizinhança e com as colegas da hidroginástica:

“ São mais novas, as maganas que andam na hidroginástica comigo... andam para lá aos pulos, só querem brincadeira (...) há muitas lá de cinquenta e tal anos, elas não precisam daquilo, mas vão... a mim mandou-me o médico e eu digo-lhes “Oh suas maganas, vocês só vêm aqui para brincar, nem deixam a gente estar quietas” que elas só estão lá a chapinhar na água (...) mas há lá muitas de cinquenta e tal anos, olhe há lá uma de 56 anos que até me chama mãe, que a mãe dela morreu agora há três anos e ela é muito minha amiga. E quando vai lá a minha filha ela diz: “a minha mãe isto, a minha mãe aquilo”, mas eu acho que a minha filha não gosta (...)” (Joana)

No entanto, tal como foi referido anteriormente, estes momentos de confraternização e de alegria são raros no seu dia-a-dia. Já no caso de Teresa, pelo contrário, eles são muito frequentes, tendo em conta as múltiplas oportunidades de convívio geradas pelas diferentes atividades em que se envolve, tais como a ginástica que faz na Igreja que frequenta, a prática do Chi Kung, e a frequência de algumas

atividades da Sociedade Portuguesa de Naturalogia (da qual falarei com detalhe, mais adiante):

“Tenho amigas, olhe na ginástica fartam-se de rir com as coisas que eu lhes digo. Os conselhos que eu lhes dou e que são os mesmos que eu uso na minha vida e que lhe estive aqui a contar a si: “Faça isto, faça aquilo, vá ver! E saia e não fiquem sentadas em casa a ver televisão!” (Teresa)

Com um dia-a-dia marcado pelo sentimento de solidão e com uma rede familiar e de amizades menos densa, Joana avalia a acupuntura, não apenas a partir da sua eficácia no tratamento das patologias físicas, mas, também, considerando a relação de proximidade e de afeto que estabelece com os vários acupuntadores que a atendem na sua Junta de Freguesia. Também Teresa valoriza a relação pessoal e de confiança que estabeleceu com o seu acupuntor. Mas, no caso de Joana, trata-se de uma valorização, sobretudo, da componente afetiva dessa relação, o que encontra-se menos presente no discurso de Teresa:

“E vinha cá às agulhas e comecei a melhorar da coluna...e parece que tinha outra vida, ou é deles serem bons, ou é da conversa que eles têm, não sei... Porque eles são uma maravilha! Coitadinhos (...) a conversa que eles têm e os carinhos que dão, a maneira de tratar, tudo! Agora a mim, também, já me chamam avó, porque eu sou a avó da freguesia...gosto muito deles!” (Joana)

Estas duas mulheres apresentam, também, um discurso com diferenças no que refere à avaliação subjetiva da fase da vida que estão a viver. Interpreto esta divergência como o resultado da soma das várias diferenças anteriormente assinaladas, que constituem-se, assim, como relevantes para pensarmos um estudo da vivência subjetiva da velhice, de forma mais ou menos bem-sucedida. E desta forma diferente de perspetivar a velhice, mais ou menos positiva, marcada, principalmente, por perdas, ou, por iguais ganhos, resulta uma diferença na assunção de uma postura ativa perante o tratamento e de responsabilidade individual sobre a saúde.

Pois, por um lado, tanto para Teresa, como para Joana e muitos outros pacientes idosos entrevistados, a principal preocupação em relação ao envelhecimento é ser capaz de manter a autonomia:

“A partir dos 65 anos, passei a pensar mais em mim, a pensar que tenho de ter saúde e tenho de ter autonomia, para não estar a depender dos outros (...) Quer dizer, tudo aquilo que seja para a saúde mental e corporal eu vou fazer, eu faço! Não fico parada! Não me sento à espera e vou lutar, por exemplo,

para ver se consigo recuperar mais a minha vista para ler, porque eu gosto muito de ler e faz-me falta...”
(Teresa)

Mas, por outro lado, se, em ambas as mulheres, esta preocupação com a manutenção da autonomia parece estar diretamente relacionada com as relações familiares, ela assume formas divergentes, em função da diferença de qualidade dessas relações. Ela determina uma postura mais ativa no tratamento e de maior responsabilidade individual a respeito da saúde, assim como, um maior “engajamento ativo com a vida” no caso de Teresa do que no caso de Joana, dois aspetos essenciais ao paradigma do Envelhecimento Ativo.

Pois, no caso de Teresa, essa preocupação deriva, essencialmente, de uma vontade de não tornar-se um fardo para os outros, o que está relacionado com o facto de ela estar habituada a ser aquela que cuida dos seus familiares e não aquela que é cuidada. A sua persistência em manter a autonomia representa o seu esforço no sentido de poder continuar a cuidar dos seus familiares, poupando-os de terem que cuidar dela:

“Quer dizer, o meu pensamento e a minha ideia é fazer tudo aquilo que esteja ao meu alcance, não egoisticamente, pelo contrário, tudo aquilo que eu puder fazer por mim, para não ser um fardo para os outros !” (Teresa)

Já no caso da Joana, a sua preocupação com manter a autonomia deriva do seu medo de ficar dependente das suas filhas, o que, no seu entender, significaria um internamento compulsivo num lar. O seu desgosto em relação à sua velhice, vivida como um castigo não merecido, é, a partir da sua perspetiva, generalizado à vida dos idosos em geral, quando se compara a outras amigas suas que, caindo numa situação de dependência dos filhos, viram-se internadas num lar contra sua vontade, ou sendo enganadas:

“Tenho umas quantas amigas que todas foram para o lar, todas enganadas [chora]! Pensavam que iam para uma vivenda não sei de quê...porque elas não queriam ir...Eu tenho uma vida muito triste! Eu não merecia...acho eu, eu não merecia...Mas todas as senhoras que são mais de idade, nenhuma foi para o lar por vontade delas, foram todas obrigadas, todas enganadas, que é o pior...E as minhas filhas, qualquer dia, fazem-me o mesmo!” (Joana)

Desta diferente avaliação subjetiva da velhice resulta uma postura consideravelmente mais ativa perante o tratamento e de maior assunção de

responsabilidade individual perante a saúde, por parte da Teresa do que por parte da Joana.

O “engajamento ativo com a vida” como origem e consequência do capital social

O conceito de “engajamento ativo com a vida”, tal como foi anteriormente definido – no sentido do envolvimento em atividades produtivas e do desenvolvimento de relações interpessoais - refere-se, sobretudo, à questão da participação que, juntamente com a saúde e a segurança, constituem os pilares fundamentais do paradigma do Envelhecimento Ativo, de acordo com a OMS, tal como foi explicado com detalhe no capítulo 1. No entanto, parece-me evidente que o conceito de “engajamento ativo com a vida”, referindo-se mais diretamente ao pilar da participação, encontra-se no cerne de todo o paradigma do Envelhecimento Ativo (ao qual, aliás, dá o próprio nome), também no que se relaciona com os pilares da saúde e da segurança: os sujeitos devem estar ativamente engajados em comportamentos de promoção da sua saúde, assumindo uma postura de responsabilidade individual; os sujeitos (e também as famílias) devem estar ativamente engajados na planificação da velhice. Para além disso, o conceito refere-se também ao desenvolvimento e manutenção de uma rede de relações interpessoais – fonte e origem do capital social - que, como vimos nos casos anteriormente descritos, está intimamente relacionada com a participação ativa.

Assim, o nível de “engajamento ativo com a vida” é uma das diferenças essenciais que resultam da comparação entre os casos de Teresa e de Joana. No entanto, tal como foi apontado na descrição comparativa desses dois casos, as excelentes relações familiares de Teresa, associadas à sua postura ativa sobre a sua saúde, constituem condições prévias para o seu maior engajamento ativo com a vida, ao mesmo tempo que esse engajamento ativo com a vida amplia a rede social de Teresa, através da sua participação em inúmeras atividades coletivas, num processo que se reforça continuamente. O mesmo é dizer que a detenção de capital social por parte de Teresa, conduz ao seu engajamento ativo com a vida, que lhe confere um incremento de capital social. Já no caso de Joana, observa-se o processo inverso: o fraco índice de capital social conduz Joana a um fraco engajamento ativo com a vida que, por sua vez,

vai enfraquecendo a sua rede social, conduzindo a uma progressiva redução do seu, à partida, escasso capital social.

Neste sentido, a detenção de capital social encontra-se a montante do “engajamento ativo com a vida”, ao mesmo tempo que apresenta-se como uma consequência deste, uma vez que é amplamente reforçado pela participação ativa em atividades coletivas. A questão que se impõe, então, é a de saber, exatamente, como se forma, desenvolve e mantém esse capital social?

À primeira vista, as teorias do envelhecimento bem-sucedido colocam a responsabilidade pela maior ou menor detenção de capital social no próprio comportamento individual: o indivíduo que se isola provoca necessariamente o afastamento de outros ao seu redor reduzindo o seu capital social; ao mesmo tempo que o indivíduo que está ativamente engajado com a vida, incrementa os seus níveis de capital social. Consequentemente, as implicações negativas da falta de capital social ao nível da participação, da assunção de uma postura ativa e responsável perante a saúde e da planificação segura da velhice, seriam da responsabilidade do indivíduo idoso que escolhe isolar-se.

No entanto, como disse anteriormente, os próprios Rowe e Kahn viriam a considerar a escolaridade (fonte de capital cultural) e o rendimento (fonte de capital económico) como importantes preditores do envelhecimento bem-sucedido, do qual o engajamento ativo com a vida (como fonte de acumulação de capital social) é parte constitutiva. Neste sentido, o incremento de capital social pela população idosa, quase sempre decorrente da participação em atividades coletivas, é fortemente condicionado pela detenção de capital cultural e económico que permita a participação nestas mesmas atividades coletivas. Este argumento será desenvolvido com maior profundidade mais adiante, após a apresentação de mais alguns casos que permitam elucidar a íntima relação entre a detenção de elevados níveis de capital social e o “engajamento ativo com a vida”.

A Sociedade Portuguesa de Naturalogia

Alguns dos exemplos mais evidentes de “engajamento ativo com a vida” que encontrei ao longo da minha investigação são relativos a alguns dos associados mais

idosos da Sociedade Portuguesa de Naturalogia (SPN), sediada em Lisboa. Nela realizei observação participante ao longo de toda a minha pesquisa, tal como pude explicar no capítulo 2, sobre a Metodologia adotada.

A SPN é uma instituição de utilidade pública, que celebrou os seus 100 anos de existência em 2012, dedicada à divulgação de um conjunto de práticas relacionadas com a promoção da saúde, assente na adoção de comportamentos mais próximos do que se considera serem as “leis naturais”: “Pelas Leis Naturais – Pela Cultura Integral do Indivíduo”, reza o seu lema. Nas suas instalações decorrem diferentes práticas, relacionadas com as MAC, que vão desde aulas regulares de Chi Kung, Tai Chi ou Yoga, por exemplo, até aos tratamentos realizados por terapeutas manuais (de Shiatsu, massagem terapêutica e outras), de Reiki, ou de Naturopatas, ou Fitoterapeutas³⁴.

Para além disso, a SPN promove regularmente passeios pedestres por áreas naturais, ao mesmo tempo que organiza múltiplas conferências sobre diversos assuntos relacionados com o seu campo de interesses. Sob a designação geral de “Naturalogia”, a SPN inscreve no seu campo de ação, não apenas a divulgação de muitas das Terapêuticas Não Convencionais previstas na lei portuguesa, entre as quais a MTC, mas, de uma forma mais abrangente, a promoção de uma filosofia de vida específica, como se observa na sua defesa do Vegetarianismo ou da prática do Naturismo. Neste sentido, pode-se afirmar que o principal objetivo da SPN é a promoção de um estilo de vida mais saudável, na sua mais completa aceção, na medida em que, mais do que a defesa desta ou daquela valência terapêutica específica, a SPN visa, sobretudo, a promoção de uma filosofia de vida que passa claramente pela adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual sobre a saúde.

Fundada, desenvolvida e mantida a partir de uma longa linhagem de Naturopatas e Fitoterapeutas destacados, com um papel pioneiro na promoção deste tipo de práticas terapêuticas em Portugal (cf. Cardoso, 2012), a SPN era em 2014, no período final da minha pesquisa, presidida por Carlos Ventura, representante para a Fitoterapia na Comissão Técnica Consultiva que colaborou na elaboração da legislação das Terapêuticas Não Convencionais (cf. capítulo 1).

³⁴ Para uma listagem atualizada das atividades a decorrer na sede da SPN, consultar <http://spn.eco-gaia.net/>.

Num simpósio sob o título de “Realismo Fantástico”, que decorreu entre os dias 10 e 12 de Outubro de 2014, o presidente Carlos Ventura fez a sua abertura, com uma apresentação sobre a “A força vital na Naturopatia”. Após apresentar algumas das leis fundamentais da Naturopatia, orientada, sobretudo, para o reforço desta força vital, para que o corpo restabeleça a saúde, mais do que para a luta contra as doenças (uma conceção muito semelhante à da MTC, com a sua força vital, o “*Chi*”), Carlos Ventura terminava a sua apresentação com um apelo à responsabilidade individual sobre a saúde. Se é certo que os profissionais de saúde têm um papel importante no auxílio dos seus pacientes, é a cada indivíduo, afirmou Carlos Ventura, que compete zelar pela manutenção da sua força vital, para que o corpo possa manter a saúde e evitar a doença. E isso, segundo o orador, passaria sobretudo: pela alimentação, sendo que para a naturopatia não há alimentos neutros (os alimentos ou são bons, porque reforçam a força vital, ou são maus, porque a debilitam); e pela prática de exercício físico (para o qual foram sugeridos, por exemplo, a prática do Chi Kung, Tai Chi ou Yoga, uma vez que os próprios professores dessas diferentes modalidades na SPN, encontravam-se presentes naquele mesmo dia).

Como pode observar-se, existe uma consonância entre esta apresentação pública e as entrevistas que pude realizar a muitos outros terapeutas de MTC/médicos acupuntores, tal como foi explicado no capítulo 3. De facto, Carlos Ventura, também ele acupuntor, e de quem voltarei a falar mais adiante (cf. Capítulo 7), foi um dos terapeutas que, noutros encontros ao longo da minha pesquisa, apontou a grande importância que a promoção da responsabilidade ativa do paciente idoso ocupa na prática clínica. E como essa postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde passa, tanto para Carlos Ventura, como para a maioria dos meus interlocutores, sobretudo, pela promoção de alterações ao nível dos hábitos de vida relacionados com a alimentação e com a prática de exercício físico.

Ora, na sequência do quem tem vindo a ser afirmado ao longo deste capítulo, o que os casos de muitos dos associados mais idosos da SPN com quem tive a oportunidade de conviver regularmente ao longo do período da pesquisa (e até antes dele, cf. capítulo 2), é o que o desenvolvimento dessa postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde encontra-se, muitas vezes, diretamente relacionado com o engajamento ativo com a vida, no que se refere, sobretudo, ao

desenvolvimento de uma rede densa de relações interpessoais, e ao envolvimento em atividades produtivas, conforme foi explicado anteriormente.

De facto, os casos observados apresentam evidências claras da importância do engajamento ativo com a vida no despertar, reforço e manutenção da postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde. Mas, entre as muitas pessoas que conheci e com as quais convivi regularmente na SPN, entre as quais se encontra a própria Teresa, de quem falei anteriormente, o caso de António Cardoso é dos mais emblemáticos a respeito do que significa este engajamento ativo com a vida.

Cardoso

Cardoso³⁵, de 83 anos de idade, foi professor de Física e de Química em escolas secundárias oficiais durante toda a vida, tendo uma licenciatura em Fisico-Químicas e outra em engenharia química.

Representa um caso extremo de envolvimento com o recurso à MTC e outras MAC, no sentido em que, para além de ser praticante regular de Chi Kung desde há vários anos, assim como, paciente de acupuntura quando considera ser necessário, é, também, vegetariano desde há mais de 60 anos, e um estudioso assíduo da Naturalogia, que, mais do que uma vertente terapêutica como a Naturopatia ou a Fitoterapia, representa, para ele, um autêntico estilo de vida.

Tendo tomado conhecimento da existência do Chi Kung ainda na década de 80, quando experimentou esta prática pela primeira vez, a que se adiciona o facto de ter praticado Yoga anteriormente, logo desde a altura em que esta apareceu em Portugal, e tendo em conta a importância que concede ao vegetarianismo, Cardoso é o exemplo prático daquilo que qualquer terapeuta de MTC desejaria idealmente para os seus

³⁵ Ao contrário dos restantes casos de pacientes de MTC ou praticantes de Chi Kung descritos, resolvi, neste caso, manter o nome verdadeiro do meu interlocutor. Pelo facto de António Cardoso ser facilmente identificável, sendo um elemento da direção da SPN, da qual é sócio desde há várias décadas, além de autor de um livro a respeito da história desta instituição (cf. Cardoso, 2012). Para além disso, e tendo a sua autorização no sentido de revelar o seu nome verdadeiro, o seu testemunho é relevante, não apenas na sua condição de praticante de Chi Kung e forte entusiasta da utilização da MTC (entre outras MAC), mas também, como veremos, pelo seu envolvimento com a SPN, uma instituição de utilidade pública, com mais de 100 anos, que Cardoso acompanhou ao longo de mais de metade da sua história.

pacientes. No seu entender, os cuidados com a alimentação e a prática regular de exercício físico constituem as bases fundamentais de um estilo de vida saudável:

“Eu acho que o principal tratamento é a comida e o exercício. O Chi Kung e o andar a pé. Para mim são os três vértices principais: a comida, o exercício e o andar a pé. Ando todos os dias pelo menos meia hora a pé. Ninguém me tira isso!”

Tal como nos casos de outros pacientes descritos anteriormente, Cardoso faz um uso seletivo da Biomedicina, sendo que, no seu caso, de extremo envolvimento com as MAC, este recurso acontece apenas em caso de necessidade imperativa:

“Infelizmente a única coisa que eu tenho de tomar, a não ser coisas homeopáticas ou naturais, isso não considero quase medicação, é que, como eu tive de fazer uma operação ao coração, porque desde os 4 anos, muito antes de ser naturista, tinha a calcificar uma artéria, que depois causava perturbações no coração...e tiveram de pôr uma cápsula biológica... então, tenho de tomar um medicamento todos os dias.”

Como esse recurso à Biomedicina é feito apenas em caso de absoluta necessidade, frequentemente, Cardoso procura uma resposta alternativa nos “tratamentos naturais”, dos quais é um acérrimo defensor. O seguinte episódio revela uma tensão na escolha entre as diferentes alternativas de tratamento e mostra bem o comprometimento extremo de Cardoso com as MAC:

“Quando aparece um novo produto alimentar, eu gosto de provar, para ver se é agradável ou não. E foi o mesmo quando apareceu cá em Portugal o “Seitan”, que antes não havia, e como sabe aquilo é só Glúten, praticamente (...) O meu organismo, pouco habituado a um excesso de proteínas, reagiu de uma forma estranha. Comecei a ter dezenas, para não dizer centenas de borbulhas, que não me deixavam dormir, com uma comichão, uma coisa terrível. Bom, fui a um especialista para ouvir o que é que ele dizia. Ele disse: “Você tem uma doença, que se chama Penfigóide e que é incurável. Tem de tomar toda a vida derivados de Cortisona”

Eu quando ouvi isso não fiquei nada contente. Saí de lá e disse assim à minha mulher:

- “O que é que eu hei de fazer?”

Agarrei na receita e deitei fora. Foi logo! Depois fui falar com o Varatojo³⁶. Ele disse: “O meu amigo deixa de comer tudo, agora durante um tempo não come nada, nada que tenha glúten, nem pão, nem nada, nada, não pode comer! E faz uma alimentação vulgar, dentro da macrobiótica, é claro.”

³⁶ O Francisco Varatojo foi o fundador do Instituto Macrobiótico de Portugal (IMP) (cf. <http://www.institutomacrobioptico.com/>), onde dá consultas de dietética com base nas orientações da

Eu, também com os meus conhecimentos de Naturopatia, fiz o que o Varatojo disse e fiz mais o seguinte, uma cura de limões. Hoje tomo um limão, em sumo. Amanhã dois, depois de amanhã três, quatro, cinco, seis, eu fiz até dez. Mas, por vezes, em doenças graves faz-se até 40! Quarenta limões por dia não é brincadeira! Não acidifica nada, é basificante do organismo. Depois outra vez: 10, 9,8,7,6,5,4,3,2,1. E, ao mesmo tempo, todos os dias, um banho de sudação, que é um banho recebendo vapor com uma panela acesa e, depois, eu tapava até aqui com um cobertor e depois eu suava, suava e depois a pessoa tem de tomar um banho de água fria. Depois disso o problema diminuiu e, até hoje, nunca mais tive nada!

Escrevi uma carta ao médico, registada e com aviso de receção, dizendo que: “Aquele doente que você dizia que estava incurável, com tratamentos naturais e com auxílio de Francisco Varatojo, só com coisas naturais, já está curado!”

Este relato representa uma ilustração clara daquilo que, no capítulo 3, designei de autoridade última do paciente sobre a sua saúde: o poder de iniciativa do paciente na procura de alternativas terapêuticas; a aferição subjetiva dos seus resultados terapêuticos; a assunção de uma responsabilidade individual pela sua saúde e das potenciais consequências nefastas de não seguir a prescrição médica constituem evidências claras desta autoridade última do paciente sobre a sua saúde.

No entanto, o que o caso de Cardoso, tal como o de Teresa, parecem, igualmente, revelar é que esta autoridade última do paciente, intrinsecamente relacionada com a assunção de uma postura ativa e responsável do paciente idoso sobre a sua saúde, objetivo proposto no ideário do paradigma do Envelhecimento Ativo, encontra-se intimamente relacionada com o engajamento ativo com a vida, a partir do qual verifica-se um acréscimo de capital social.

Pois, o caso de Cardoso é extremo, não apenas na forma como assume uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a sua saúde, mas exatamente pelo seu engajamento ativo com a vida, manifesto tanto pela sua participação em múltiplas e variadas atividades coletivas (de valor produtivo e social, na terminologia de Rowe e Kahn, 1987), como na manutenção de uma ampla rede de relações sociais.

Por um lado, no que se refere à sua participação em múltiplas atividades, não foi o momento da reforma que fez com que Cardoso ficasse menos ativamente engajado

Macrobiótica, que, embora utilizando vários dos conceitos base da MTC não corresponde exatamente à dietética prescrita pelos terapeutas de MTC.

com a vida. Continuou sempre envolvido em diferentes atividades: Cardoso é membro integrante da direção da Sociedade Portuguesa de Naturalogia; professor no Instituto Hipócrates de Ensino e Ciência; organizador de inúmeras conferências e pequenos cursos sobre diversos temas; autor de livro recente sobre a história da SPN (Cardoso, 2012). Veja-se a descrição que ele faz do seu dia-a-dia:

“Eu não tenho tempo livre quase...Olhe às segundas feiras, atualmente, dou aulas de mentalismo para a Universidade de Terceira Idade, em Benfica. Depois venho a correr para a Sociedade para uma aula de Chi Kung. Venho a correr porque acaba às 17h e eu tenho de vir logo a correr. Além de outras coisas que faço durante o dia. Às terças-feiras, tenho aulas de Chi Kung no Instituto Macrobiótico e também aqui na SPN. Este ano não houve aulas de mentalismo aqui na SPN, mas vai voltar a haver para as pessoas que desejarem. Depois, acabo aqui as aulas de mentalismo e vou para a associação portuguesa de ilusionismo, porque lá há sempre conferências ou vêm oradores estrangeiros e trocamos ideias, etc.

Às 4^{as} feiras tenho uma reunião em Carcavelos, vou daqui para Carcavelos cedo, em casa do Pastor Dimas de Almeida, onde ele reúne um grupo para estudo e discussão de pontos de vista bíblicos. Onde ele reúne católicos, protestantes, adventistas, testemunhas do sétimo dia, Teósofos, Espiritas, Materialistas, Ateus. Cada um dá a sua opinião. Depois à tarde, eu vou para a academia saudação e vou lá dar aulas de mentalismo e receber aulas de Esperanto, às 4^{as} feiras. Depois à noite, vou para a Sociedade Unidade, que é dirigida pelo professor Mateus e onde há sempre conferências e um jantar vegetariano.

Às 5^{as} feiras de manhã tenho uma aula ali no Instituto...esqueci-me de dizer que às 2^{as} feiras também tenho atualmente reuniões da direção da SPN...às 5^{as} feiras à noite há, geralmente, conferências no Instituto Macrobiótico, não só pelo professor Varatojo, que é muito meu amigo e que eu admiro imenso, mas também por outros oradores.

Às 6^{as} feiras é o dia mais livre que eu tenho. À tarde tenho aulas de Chi Kung e, geralmente, depois eu vou conhecer, é sempre esse o meu intuito, um dos novos restaurantes vegetarianos que estão sempre a abrir em Lisboa. Havia 41 e já ontem soube o nome de mais dois ou três. Portanto, já vai em 43 ou 44. É bastante. Metade deles não conheço.

Aos Sábados, venho aqui uma vez por mês assistir às aulas de Mantra que dá o nosso amigo Palma e, à tarde, periodicamente, aqui há conferências...já me esquecia de dizer que às 6^a assisto, também, uma vez por mês às aulas da Marta Caires, que é a pessoa que aqui reúne mais gente na SPN, chegam a estar umas 50 pessoas a assistir.”

Por outro lado, no que se refere à manutenção de uma ampla rede social, ela encontra-se diretamente relacionada com a participação nestas diversas atividades coletivas, por meio das quais, incrementa o seu capital social. Sem ter filhos, embora sendo casado e tendo boas relações com a família, Cardoso apresenta uma noção pouco

comum, comparativamente com a maioria dos pacientes idosos de MTC, a respeito da grande importância que atribui às amizades desenvolvidas por meio da participação nessas atividades coletivas:

“Eu vivo praticamente sozinho, porque a minha mulher tem família em Oeiras doente e não quer abandonar essa parte da família (...) por isso, a minha morada é cá em Lisboa e acabo por morar sozinho praticamente todos os dias. Não tenho filhos, só tenho a minha mulher e uns primos em segundo grau. Mas, eu acho que a família são, também, aquelas pessoas com quem nós temos afinidade! São as pessoas que pensam como eu, espiritualistas, que se interessam por estes assuntos paranormais, que se interessam por Chi Kung, que se interessam por Yoga, que se interessam por uma alimentação vegetariana... agora as pessoas que não se interessam por estes assuntos, que troçam, hoje já não troçam como era há 60 anos, não é, mas que acham que eu sou assim mais ou menos maluco, não tenho assim nenhum interesse em estar com essas pessoas. A minha família é constituída principalmente por pessoas que têm ideias comuns comigo... o meu amigo, por exemplo, é da minha família... se pensa como eu, se tem as mesmas ideias, se tem as mesmas afinidades, não é preciso pensar em tudo igual, evidentemente, mas em que há ideias comuns...”

Com uma rede de relações interpessoais menos confinada ao universo familiar, contrariamente à maioria dos meus interlocutores, Cardoso representa um caso exemplar do progressivo aumento da importância das redes de amizade para os idosos, observado pela socióloga Sarah Arber, apesar do papel primordial que a família geralmente ocupa (Arber, 2003). A definição de família, como sendo o grupo de pessoas com as quais tem afinidades, assenta na primazia da construção da identidade pessoal, tornada assim no eixo em torno do qual se constroem as relações interpessoais. É algo que nos remete para a ideia discutida no capítulo 3, a partir das perspetivas de vários terapeutas de MTC: a de que a concentração do sujeito idoso sobre si mesmo, ou seja, sobre a construção da sua identidade pessoal, e, não apenas, sobre os dramas familiares, como muitas vezes acontece, é essencial para o desenvolvimento de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde.

Ora, esse parece ser exatamente o caso de Cardoso. Movido pelos seus interesses e ideais - muitos deles gravitando em torno da adoção de um estilo de vida saudável, em função dos valores da Naturalogia - constitutivos da sua identidade pessoal, Cardoso envolve-se em diferentes atividades coletivas. Esse envolvimento garante-lhe um incremento assinalável de capital social, manifesto na extensa rede de relações interpessoais de amizade, que tanto valoriza. Esse engajamento ativo com a vida – o

envolvimento em múltiplas atividades coletivas, mas também, o desenvolvimento de uma rede de relações interpessoais – fortalece o seu comprometimento com os seus ideais (centrais à sua identidade pessoal) reforçando continuamente a sua postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde, ao mesmo tempo que incentivando-o, constantemente, à manutenção de um engajamento ativo com a vida:

“Eu conto muito com as minhas amizades! Portanto, quando eu digo que vivo sozinho, posso dizer que moro sozinho, mas não vivo sozinho, porque tenho sempre amigos que me visitam e que eu vou a casa deles, etc. São a extensão da minha casa, são a extensão do meu mundo”

Deste cultivo da identidade pessoal, reforçado por elevados níveis de capital social, resulta não apenas um engajamento ativo com a vida e uma postura ativa e responsável perante a saúde, mas também uma perspetiva extremamente positiva a respeito do processo de envelhecimento. Na velhice, Cardoso diz não encontrar aspetos negativos, desde que possa continuar a manter o seu engajamento ativo com a vida, que é o seu desejo permanente e para o qual não encontra limites decorrentes da idade:

“Não sei o que são pontos negativos no envelhecimento! Pontos negativos é não poder correr como corria, mas eu também nunca gostei de correr. Depois quando me dizem: “Ah Cardoso, cuidado. Agora tens de ter cuidado, não faças viagens grandes!” Eu digo “Está bem, está bem!”, mas acabei de ir no ano passado à China. As pessoas dizem que a pessoa numa certa idade já não tem idade para fazer grandes viagens. E eu pergunto porquê. Porquê? E as pessoas não sabem responder. Dizem que é por causa da idade. O que é que tem a ver a idade, uma coisa com a outra. Há é pessoas que têm medo de viajar de avião, que é uma coisa diferente. Eu não tenho medo nenhum de andar de avião! Já andei num avião que teve uma avaria quando aterrou. Isso foi no Recife, estava o aeroporto todo rodeado de bombeiros, caso houvesse incêndios. E não foi por isso que deixei de andar de avião!

Já andei num comboio que descarrilou. Nem dei por isso! Só depois é que sai do comboio e vi que tinha descarrilado.

Às vezes dizem que “Não deves ir àquela cidade, porque há lá muitos atentados”... já andei numa cidade pacífica, que é Bordéus, estava a ver uma montra, rebenta ali uma bomba pequena... se fosse a pensar assim, não ia a lado nenhum!

Uma vez no Brasil, no bairro do Leblon estava a ver uma montra com uns japoneses, vem um carro que me atropela. Fui para o hospital, acordei no hospital, eu não sabia o que se tinha passado, depois é que me contaram. Porque eu perdi completamente a consciência. Estava uma moça ao pé de mim:

- “Como é que estás?

- “Eu estou bem” ... e isto foi na altura da campanha do Jânio Quadros...

- “E o que é que deseja?”

- “Olhe, desejo que me diga como é que ficou o resultado do Jânio Quadros”. Ficou muito escandalizada...

- “Então, o senhor estava a morrer e a primeira pergunta que me faz é essa?!”

- “Então, mas é isso agora o que eu quero saber!”

Fui à China com a minha mulher e não senti nenhuma limitação. As únicas coisas que nos podem limitar é a gente, muitas vezes, não ter dinheiro suficiente e, agora com a crise, as coisas estão cada vez mais difíceis. Agora, limites com a minha idade ou assim não tenho nenhuns. Para mim não há limites nenhuns! ”

Destas palavras de Cardoso, devem-se assinalar dois aspetos fundamentais. As limitações que sente hoje, aos 83 anos, no que toca à possibilidade de desenvolver as atividades de que gosta, de manter do seu engajamento ativo com a vida, decorrem não da sua idade, mas de dois aspetos que lhe são exteriores:

- um aspeto cultural, em que observa a crítica dos outros que lhe apontam os limites da idade que não sente;

- um aspeto económico, que se refere aos constrangimentos financeiros, especialmente agravados na conjuntura de crise económica que assola a realidade portuguesa.

Ambos estes aspetos são da maior importância e serão discutidos nos pontos seguintes deste capítulo, referentes à importância da detenção de capital cultural e económico.

Cardoso apresenta traços da sua personalidade individual que me fazem pensar sobre ele como um exemplo perfeito daquilo que Rowe e Kahn (1997) descrevem como “engajamento ativo com a vida”, e que me permitem pensar sobre ele como um caso de envelhecimento bem-sucedido. No entanto, aquilo que é característico tanto de Cardoso, como de Teresa, ou mesmo de Afonso (de quem falei no capítulo 3) é que, ao contrário de Joana e de tantos outros casos, todos eles são detentores de elevados níveis de capital social que garantem, à partida, a sua postura ativa e responsável sobre a sua saúde.

Veja-se os casos de Cardoso e de Teresa. Ambos frequentam a Sociedade Portuguesa de Naturalogia que, permitindo o convívio com muitos outros associados,

muitos deles acima dos 65 anos de idade, vai-se tornando num espaço não só de estreitamento de relações de amizade – de incremento de capital social – como também, vai-se tornando num espaço de reforço de uma postura ativa e responsável do paciente idoso perante a sua saúde, favorecido pelo fato de tratar-se de uma associação com a finalidade direta de promover um estilo de vida saudável

Já, por exemplo, no caso de Afonso, a existência de uma boa rede familiar, a que se soma o facto de pertencer a um grupo regular de prática de Chi Kung em Oeiras, evidenciando a detenção de elevados níveis de capital social, são fatores determinantes para que constitua um caso emblemático daquilo que entendi designar de autoridade última do paciente sobre a sua saúde, na base da responsabilidade ativa e individual. Ou seja, no fundo o que distingue Afonso, Teresa e Cardoso tornando-os casos de envelhecimento bem-sucedido é o facto de pertencerem a um grupo, fazerem parte de uma rede densa de relações familiares ou de amizade. É nessa pertença que residem as oportunidades para o seu engajamento ativo com a vida que, por sua vez, reforça a detenção desse capital social.

Procurarei apresentar mais alguns casos que evidenciam a forma como o engajamento ativo em atividades coletivas, nomeadamente, como a prática do Chi Kung, reforça o capital social, favorecendo a adoção de uma postura ativa do idoso perante a sua saúde, possibilitando, assim, um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Chi Kung em Oeiras: o grupo dos instrutores voluntários

Para além da SPN, a minha observação participante, tal como foi descrito no capítulo 2, localizou-se fortemente no acompanhamento regular da prática de Chi Kung de um grupo de idosos no parque Municipal de Oeiras, que lá se reunia todas as 6^{as} feiras de manhã, alguns deles, desde a origem do grupo, cerca de 10 anos antes da realização da minha pesquisa.

Afonso, de quem falei com detalhe anteriormente (cf. Capítulo 3) é um dos praticantes desse grupo alargado, que chegou a ter cerca de 50 praticantes. Entre esse amplo grupo de praticantes, por iniciativa do seu instrutor de Chi Kung, o Lourenço Azevedo, também terapeuta de MTC em Lisboa, foi criado um pequeno grupo de

praticantes que, manifestando o seu interesse por aprofundar a prática de Chi Kung e, também, os conhecimentos teóricos subjacentes a esta prática, participariam num tempo extra de formação no final de cada aula, concebido com o intuito de que pudessem vir a tornarem-se, eles mesmos, instrutores de Chi Kung.

Claro que, tendo em conta a brevidade da formação que estavam para receber, não se tratava de formar propriamente profissionais da área. O objetivo era, sobretudo, capacitar os praticantes para que, em regime de voluntariado, e em colaboração com a Câmara Municipal de Oeiras, que teria a função de encontrar os espaços adequados, pudessem dar aulas de Chi Kung, por exemplo, em centros de dia, ou em lares de terceira idade, sendo que o facto de serem, também eles, praticantes com mais de 65 anos, era entendido como um atributo que poderia contribuir positivamente para o estabelecimento de uma relação de confiança e de maior motivação para com os futuros alunos.

Um grupo restrito de menos de 10 alunos manifestou o seu interesse, disponibilidade e vontade para receber a formação necessária para tornar-se um instrutor voluntário. Ainda que a maior parte desses instrutores voluntários não tenha chegado, efetivamente, a lecionar Chi Kung, a formação extra que receberam contribuiu intensamente para o seu maior envolvimento pessoal com a prática do Chi Kung.

Apresento agora um caso de uma aluna deste grupo, convencido de que ele representa um caso exemplar de engajamento ativo com a vida e que, através da sua prática do Chi Kung, ilustra a forma como o engajamento ativo com a vida favorece, também, a adoção de uma postura ativa e responsável do paciente sobre a sua saúde.

Maria da Conceição

Também com 73 anos na data da nossa entrevista, Maria da Conceição, antiga técnica de telecomunicações, agora reformada, é uma das praticantes de Chi Kung mais antigas do grupo, estando presente desde a sua origem. Constitui, mais um caso evidente daquilo que foi aqui designado como engajamento ativo com a vida.

Após formar-se com voluntária para o ensino do Chi Kung, Maria da Conceição começou a lecionar esta prática em 4 locais diferentes:

“Eu pratico Chi Kung desde o início, por aí há uns dez anos, com o Lourenço. Faço isto porque gosto! É uma das modalidades que me agrada. Hoje em dia, dou aulas em quatro sítios. Em São Domingos de Rana, em Sassoeiros que é um convívio de tarde, na Laje, em Porto Salvo. Tudo de seguida! Por exemplo, à segunda feira de manhã. E aguento! Não me tem custado. Não! Não faço com esforço.

Tenho alturas em que posso estar mais adoentada, porque tive um problema numa hérnia e abrandei mais um bocadinho. Mas, à 2ª feira de manhã, dou aulas de Chi Kung em São Domingos de Rana, num centro de Dia. À tarde dou em Sassoeiros. À 3ª vou à Laje e depois fico para Porto Salvo. E de manhã tive natação. Vai dizer que estou a exagerar. Às vezes dizem: “Estás a puxar demasiado a corda!” Por enquanto, faço sem esforço. Não quer dizer que ao fim do dia não esteja um bocadinho cansada e não me sente no sofá. Mas, não estou a esforçar nada, por enquanto, graças a Deus.”

Maria da Conceição já praticara atividades desportivas, mas considera, tal como Clara, que o Chi Kung oferece-lhe um acréscimo no que respeita à capacidade de cuidar da sua própria saúde. De acordo com o que tenho vindo a argumentar, poderíamos dizer que esse aspeto acrescido fornecido pela prática de Chi Kung consiste num estímulo direto à assunção de responsabilidade individual, que passa pela adoção de uma postura ativa do praticante idoso a respeito da sua saúde:

“Eu deixei o Step, que era bem diferente, porque agradou-me muito este tipo de ginástica, o Chi Kung. Porque depois fui aprendendo sobre a saúde, portanto, fui me interessando por isso. Portanto, aqueles conhecimentos que o Lourenço me foi passando deram-me mais noção... por exemplo, eu estou a fazer com eles qualquer movimento, por exemplo, a trabalhar a articulação do cotovelo. As nossas articulações são irrigadas por um líquido, se estiverem paradas e hirtas criam más posições e, portanto, o movimento é uma prevenção da doença e promove a saúde. Eu penso que a medicina chinesa, uma parte, é promoção da saúde. É para evitar que a pessoa fique com mais lesões, que crie problemas nos joelhos, que é um dos males da minha idade. É a pessoa, cada vez, faz mais operações às articulações dos joelhos. Portanto, cada movimento é uma prevenção e eu fui-lhes dizendo isso aos meus alunos: “Olha, isto faz bem para relaxar! Relaxar os ombros. As nossas tensões, aqui na cervical, é onde nós concentramos o nosso nervosismo. Portanto, relaxar alivia, faz bem!”. Portanto, comecei-me a interessar pelo Chi Kung também por esse facto. Não era só o facto de estar a fazer ginástica. Era o facto Saúde!”

Tal como foi argumentado a propósito do caso de Teresa, a extraordinária adesão de Maria da Conceição às propostas do Chi Kung no sentido da correção de certos hábitos de vida para que se verifique a adoção de um estilo de vida mais saudável, encontra-se relacionado com um interesse de longa data, previamente adquirido, a respeito da promoção da saúde e prevenção da doença, que traduziu-se num recurso às MAC ao longo de quase toda a sua vida. Aliás, Maria da Conceição chegou

mesmo a ser paciente do Dr. Lyon de Castro, famoso naturopata e um dos primeiros sócios da Sociedade Portuguesa de Naturalogia:

“Isso também talvez venha daí eu durante uns anos optei muito pela medicina natural. Também não é do seu tempo, mas há um instituto Colucci em Paço De Arcos, que era do Dr. Lyon de Castro, que foi um médico... esse Dr. Lyon de Castro, eu fiz tratamentos com ele. Eu casei e tive logo uma filha, que comia muito mal, alimentava-se muito mal, daqueles bebés que dão um trabalho louco para comer. Entretanto, eu tive logo a outra a seguir, têm 21 meses de diferença. E ela, que já tinha dificuldade em comer, e depois com o facto de eu ter de dar atenção a outro bebé, psicologicamente, eu acredito nisso, aquilo fez com que ela perdesse o interesse pela alimentação e eu tive um problema grande com ela. E alguém me disse que o Dr. Lyon de Castro, que, entretanto, já morreu, que tinha uma flora, venda de produtos na Rua do Salitre e que era bom eu levar lá a menina e eu levei-a... espere, na verdade, isto já vem mais de trás...

Eu com 18 anos, não sei se pesava 42 Kilos, pesava muito pouco e, para ir trabalhar para os CTT, tínhamos de fazer o concurso e tínhamos uma inspeção rigorosíssima. O peso, por exemplo, qualquer deficiência, o visual. Antigamente era assim, era como se fosse para a tropa. E alguém me disse que o Dr. Lyon me poderia fazer engordar. E, então, eu fui a essa consulta e fiz um regime alimentar que ainda tenho ainda a receita, que não era para emagrecer, era para engordar. Levedura de cerveja, malte às refeições... portanto, eu segui à risca, talvez já venha daí porque resultou! Tinha apenas 18 anos!

Portanto, talvez venha daí. Depois, quando comecei a fazer esta ginástica natural, o Chi Kung, tipo Yoga, mas não é bem, comecei-me a apaixonar. E daí a minha história. É um dos trabalhos que mais prazer me dá, dentro da minha disponibilidade de tempo.”

Comparando os dados recolhidos através da observação de diversos pacientes de MTC e praticantes de Chi Kung, este parece ser, de facto, o padrão mais recorrente: os casos em que os idosos assumem uma postura mais ativa e de maior responsabilidade individual perante a sua saúde, aderindo em maior medida às sugestões do seu terapeuta de MTC/médico-acupuntor ou Instrutor de Chi Kung, no sentido da alteração de hábitos de vida, são, geralmente, os casos em que se verificava já um estilo de vida saudável adquirido anteriormente, traduzido num recurso prévio a outras MAC, ou a partir da livre iniciativa do sujeito. É claro que existem exceções a este padrão, como no caso de Afonso, descrito no capítulo 3, em que é na irrupção súbita de um episódio de doença aguda que encontramos o desenvolvimento de uma postura ativa e responsável do paciente sobre a sua saúde, com o objetivo de restabelecer a saúde perdida.

No entanto, o meu objetivo ao longo deste capítulo e dos restantes é argumentar que esse estilo de vida saudável, adquirido previamente ao encontro com as diferentes

valências da MTC, depende, não apenas da vontade individual, mas, também, da detenção de diferentes tipos de capital - social, cultural e económico. É a detenção destes diferentes tipos de capital que determina o desenvolvimento de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde que, muitas vezes, antecede o recurso à MTC, enquadrado, assim, num “projeto de saúde” (Luz, 2005). E, a este respeito, nem o caso de Afonso é exceção, como vimos anteriormente, dado o elevado nível de capital social que apresenta, quer pelas boas relações familiares, quer pelo facto de ele mesmo pertencer a este grupo dos voluntários praticantes de Chi Kung em Oeiras.

Tal como tenho vindo a argumentar, se a detenção de capital social é, muitas vezes, determinante para o engajamento ativo com a vida, uma vez verificado esse engajamento – traduzido no envolvimento dos sujeitos em atividades com valor produtivo e na manutenção de uma rede social densa – verifica-se um incremento de capital social, que, por sua vez, reforça esse mesmo engajamento ativo com a vida. O caso de Maria da Conceição é paradigmático a este respeito.

Quando passou pelo momento de se reformar, mais ou menos coincidente com o período em que os seus filhos saíram de casa para ir morar sozinhos, foi através de um engajamento ativo com a vida, participando em atividades coletivas e convivendo com outros, enfim, ampliando a sua rede social para além da esfera familiar, que Maria Alice encontrou a forma ideal de entrar nessa nova fase da sua vida, de uma forma positiva:

“Quando os filhos saíram de casa, aí abanámos um bocadinho, eu e o meu marido porque pronto o meu marido adorava os filhos e vivíamos muito com eles...E, então, fizemos muitos planos, vamos arranjar uma carrinha e vamos viajar, fizemos planos. Já se passaram uns bons anos desde que fiquei reformada, mas nunca senti esse desamparo, porque me ocupei! Quando vejo pessoas amigas, muito mais novas, digo-lhe sempre: “Façam planos! Não se metam em casa!” É uma das coisas que eu lhes digo. Saíam, convivam, não se metam em casa, porque depois só pensam na doença ou sei lá. Eu não senti isso, confesso. Eu não sou diferente das outras pessoas, sou uma pessoa normal. Mas, eu costumo dizer que, na minha idade, ou não se aceita a idade ou se tem a mania de que se é nova, muito nova, ou então, é normal. Eu acho que sou normal!”

Foi a esta mesma estratégia de engajamento ativo com a vida, nomeadamente ampliando a sua rede social de amizade, que recorreu quando o seu marido faleceu:

“O meu marido gostava muito de conviver. Para ele, fazer amigos era muito importante. E eu também! E continuo após a morte dele. Portanto, os amigos dele tornaram-se meus e vice-versa e

continuo. Para mim é um ponto de honra conservar os amigos, agradar aos amigos. Mas, eu entendo assim, amigo não tem de pensar obrigatoriamente como eu penso, tem é de respeitar. E tenho muitos amigos que me convidam para passar o fim de semana com eles, para ir ao cinema, para ir passear, eu estou sempre pronta. Porque penso, se eles me convidam é porque gostam da minha companhia. Não gosto de me impor.”

É a partir desse engajamento ativo com a vida, nomeadamente, através da manutenção da sua rede social, mas, também, através da participação em diferentes atividades coletivas – como o Chi Kung ou as atividades da Universidade de Terceira Idade de Oeiras - que Maria da Conceição sustenta uma perspetiva positiva a respeito do processo de envelhecimento:

“Olhe, para mim não tem sido difícil envelhecer. Encaro com naturalidade. Às vezes, eu tenho espelho, vejo as minhas rugas, olho para o espelho de longe e penso: “Já com 73 anos, que velha que eu sou!”. Mas, até me parece impossível que eu já tenha 73 anos. Há umas décadas atrás eu já seria velhinha, velhinha, já estaria no sofá. Agora as pessoas vestem-se de uma forma mais leve, convivem, saem e eu faço isso tudo! Eu faço isso tudo! [risos] Por isso, eu, assim que me reformei, fiz logo planos para ocupar-me. Eu já era ocupada com a família e continuo a ser. Mas, depois inscrevi-me na Universidade de Terceira Idade, já há uns bons anos, ainda o meu marido era vivo... porque ele morreu depois de eu já estar reformada. Que é a Universidade de Terceira Idade que há aqui em Oeiras. Vou para lá duas tardes por semana. Entretanto, eu já fazia ginástica, sempre fui uma pessoa de gostar muito de correr. Depois, sempre gostei de correr, de andar. Agora já não corro. Mas, eu corria muito! Como era assim levinha, corria bastante. E, entretanto, inscrevi-me numa escola de ginástica e natação na Parede. Então, comecei a fazer natação. Fazíamos natação, ginástica Step e Chi Kung que eu comecei logo a apaixonar-me. Não foi o facto de ser uma ginástica relaxante, porque eu sou uma pessoa assim mais para o frenética, mas gostei. E, portanto, deixei o Step, que também não dava para tudo. Ando um dia na natação e no outro dia é a ginástica aquática, dentro de água.

Portanto, eu comecei logo desde início, já há anos, a programar este tipo de coisas, da minha atividade, a ocupação dos meus tempos. Entretanto, como sou católica, inscrevi-me como voluntária. Então, trabalho no Banco alimentar à 6ª feira, tudo voluntariado. Só tenho o sábado livre de ocupações. E o Domingo. De maneira que, quanto à idade, eu não fui capaz, nem era o meu estilo, ir para casa, ficar no sofá. Não tenho temperamento para isso! Porque, mesmo em casa, trabalho no computador, não é só os emails ou o facebook. Gosto muito de viajar quando posso, tenho feito muitas viagens, o grupo é sempre igual e depois faço a reportagem. Tiro os apontamentos. Suponhamos, o ano passado fomos a Nova Iorque, Los Angeles, os parques temáticos, Grand Canyon, Yellow Stone, South Lake City. Então, eu depois levo o meu caderninho e tiro apontamentos sobre o país, sobre a sua história e, depois, transcrevo no computador e faço um livrinho, com as imagens e fotografias que eu tiro. Para mim, porque eu gosto desse trabalho e depois até dá para recordar. Isso é um dos trabalhos que eu tenho em casa à

noite. Além disso, gosto muito de bordar. É o meu escape. E, também, gosto muito de ler. Portanto, aproveito o meu tempo a meu gosto. Faço aquilo que eu gosto!”

Ao mesmo tempo que representa um incremento nos níveis de capital social, o envolvimento de Maria da Conceição nas diferentes atividades coletivas, revela-se um fator positivo no que respeita à qualidade das suas relações familiares. Reforçando, mais uma vez, o que já fora dito pelos terapeutas de MTC no capítulo 3, e evidenciado pelos casos anteriormente discutidos, ou seja, o mesmo comportamento individualista salutar, pelo qual o sujeito idoso se concentra sobre si mesmo e nas suas atividades pessoais, constituindo-se, não apenas como um fator essencial para o desenvolvimento do cuidado consigo mesmo, apresentando uma postura mais ativa e de responsabilidade individual sobre a sua saúde, mas, também, um fator relevante na manutenção da qualidade das relações familiares e, assim, na manutenção do capital social:

“Eu acho que a minha família, eles até ficam contentes de verem assim a mãe, sem a preocupação, de eu ainda não lhes dar trabalho, de ainda ser independente. Eu penso que isso dá-lhes prazer. Os meus netos até acham graça e dizem: “Ah, a minha avó dá aulas de ginástica!” Têm orgulho e isto é um bocadinho vaidade, mas eu, também, fico feliz. Porque eu sou dinâmica, não sou aquela avozinha ali sentada no sofá, sem motivação. Não! Eu tenho motivações e tenho sonhos ainda! Coisas que eu ainda gostava de fazer. Não tenho assim muito tempo, portanto. Ainda sonho, entende.

Gostava de aprender a andar de bicicleta. Porque uma das coisas que eu gostava, mas para isso tenho de aprender a andar de bicicleta, era de ter uma motoreta. Tenho uma amiga em Paço de Arcos, com oitenta e tal anos, que anda na sua motoreta. Mas, para eu ter uma motoreta, as minhas filhas dizem que eu ainda partia um osso, tinha de saber primeiro andar bem de bicicleta. Eu tenho lá bicicleta em casa. Também tenho um cavaquinho e sei tocar um bocadinho. Já arranjei um professor, que ensina cavaquinho. Mas, optei por ajudar os meus netos. Portanto, em vez de gastar dinheiro no professor, ajudei um a tirar a carta, aquelas coisas que os avós fazem. Estou a pagar o aparelho à minha outra neta. Quando eles já não precisarem de mim, vou aperfeiçoar. Porque é a maneira como lido, eu acho que a vida só tem valor assim. Se eu ainda cá estou é porque posso ser útil! E pronto. Procuro viver o melhor possível!”

Reflexão final: Envelhecimento Ativo e capital social

Os casos anteriormente apresentados representam casos extremos de uma variação em que se inserem os vários sujeitos idosos entrevistados ao longo da minha investigação, assim como, tantos outros que não cheguei a conhecer, tal como pude

apreender a partir das descrições feitas pelos terapeutas de MTC/médicos-acupuntores e Instrutores de Chi Kung, que com eles lidam diariamente.

A sua análise comparativa evidencia a pertinência daquela que constitui-se como uma categoria de análise principal da minha investigação: a adoção de uma postura ativa de promoção da saúde, assente na assunção de responsabilidade individual, que nos revela a existência de uma autoridade última do sujeito idoso perante a sua saúde (cf. capítulo 3). No entanto, a sua análise evidencia, também, a necessidade de contextualizar o alcance desta autoridade última do paciente sobre a sua saúde:

- sendo que ela aparece modulada pelo que designei de “engajamento ativo com a vida”, uma categoria que aponta para a íntima relação entre a participação em inúmeras atividades coletivas e a assunção de uma postura ativa e responsável pela sua saúde;

- mas, também, fortemente modulada pela importância da qualidade das relações sociais dos pacientes idosos, ou seja, pela existência de capital social.

Este capital social, por sua vez, deriva quase sempre do “engajamento com a vida”, ao mesmo tempo que o promove continuamente.

Da inter-relação entre estas diferentes categorias, resulta uma certa vivência do processo de envelhecimento, que pode ser mais ou menos positiva, isto é, mais ou menos bem-sucedida, nos termos da Gerontologia, o que, por sua vez, está intimamente relacionado com a maior ou menor disposição do sujeito para assumir uma postura ativa e responsável pela sua saúde, traduzida na adoção de um estilo de vida saudável.

Como disse anteriormente, a assunção de uma postura ativa e de responsabilidade individual revela a existência de uma autoridade última do paciente sobre a sua saúde, como sua condição de base e, ao mesmo tempo, derradeira consequência. Ou seja, a assunção de responsabilidade individual pela saúde acarreta um incremento de autoridade do paciente. Ela pode predispor-lo para uma postura ativa – seguindo à risca as recomendações dos profissionais de saúde, da área da Biomedicina e da MTC, no sentido da adoção de um estilo de vida saudável – ao mesmo tempo que essa postura mais ativa conduz a um aumento da probabilidade da inclusão de

tratamentos baseados na exclusiva deliberação autónoma do paciente, como possíveis riscos para a sua saúde (cf. Capítulo 3).

A partir dos dois casos anteriormente descritos, que mais não representam do que a variação extrema dos restantes casos encontrados ao longo da minha investigação nos 3 contextos de análise, poderíamos esquematizar o desenvolvimento dessa autoridade última do paciente sobre a sua saúde da seguinte forma:

Esquema 1: Autoridade última do paciente sobre a saúde



Nesta primeira representação, optei por colocar as diferentes categorias de análise numa disposição circular, para destacar a potencialidade de que esta engrenagem possa ser acionada em qualquer momento descrito. No entanto, escolhi discutir os dois casos anteriormente apresentados por apontarem para aquele que me parece ser o percurso mais frequente para a maioria dos pacientes idosos que recorrem à MTC.

Para a maioria destes, tal como ressalta da discussão dos casos de Teresa e de Joana, podemos observar que a recorrente tentativa dos profissionais de MTC em motivarem o seu paciente para a alteração de comportamentos de saúde (nomeadamente, a alteração de hábitos alimentares ou a prática de exercício físico), revela-se mais ou menos infrutífera por razões que têm a ver, muitas vezes, não tanto com a competência do profissional de saúde, mas com a existência, ou não, de uma disposição prévia por parte do paciente, assente em estilos de vida saudáveis previamente adquiridos.

Começando a ler o esquema a partir desta perspectiva, identifico a existência prévia de estilos de vida saudáveis como condição essencial para que os esforços dos terapeutas se traduzam numa efetiva adoção de uma postura ativa do paciente sobre a sua saúde, patente na sua colaboração ativa no tratamento, inclusivamente, alterando comportamentos no sentido da promoção da saúde, como os hábitos alimentares ou a prática de exercício físico.

No entanto, o que a análise das várias entrevistas da minha investigação me revela, e que aparece bem exemplificado nos dois casos anteriormente apresentados, é que a adoção de uma “postura ativa sobre a sua saúde” é sempre mediada pela “autoridade última do paciente”, que tanto se verifica no caso dos pacientes com uma postura mais ativa como naqueles menos dispostos a colaborar. É que em ambos os casos, é o paciente quem decide:

- cumprir ou não as sugestões dos terapeutas de MTC/médicos-acupuntores e Instrutores de Chi Kung, em termos de alteração dos comportamentos de saúde;
- cumprir apenas uma parte das sugestões, rejeitando outras;
- eventualmente, introduzir novos tratamentos “naturais”, como sejam suplementos alimentares ou outro tipo de produtos e aferindo subjetivamente os seus resultados no seu corpo;
- partilhar ou ocultar, tanto do seu médico como do seu terapeuta de MTC/médico-acupuntor e Instrutor de Chi Kung, a extensão de todas estas decisões anteriores.

Neste sentido, é esta “autoridade última do paciente” que explica a utilização complementar da Biomedicina e da MTC, sobretudo, em função do elevado poder de diagnóstico que os pacientes idosos atribuem à primeira, assim como, na confiança na eficácia da sua medicação para o tratamento de doenças graves, mas também, no reconhecimento que prestam à MTC no alívio da dor, na redução dos efeitos nocivos da medicação da Biomedicina, no tratamento de problemas crónicos para os quais não encontraram resposta, ou, em casos mais extremos, na possibilidade de evitarem ou adiarem um tratamento biomédico receado, porque considerado demasiado invasivo (por exemplo, uma cirurgia).

No final, observa-se que esta utilização complementar da Biomedicina e MTC poderá ser promotora de um estilo de vida saudável, uma vez que permite uma atenta monitorização da saúde (sobretudo através da Biomedicina) e uma tendencial alteração positiva de hábitos alimentares, e relacionados com o incremento da prática de exercício físico adequado (através da MTC, mas também, cada vez mais, através da Biomedicina). Esses estilos de vida saudáveis, uma vez consolidados, constituem a base essencial para a adoção de uma postura ativa perante a saúde, essencial na promoção da saúde e na prevenção da doença, num processo que se reforça continuamente.

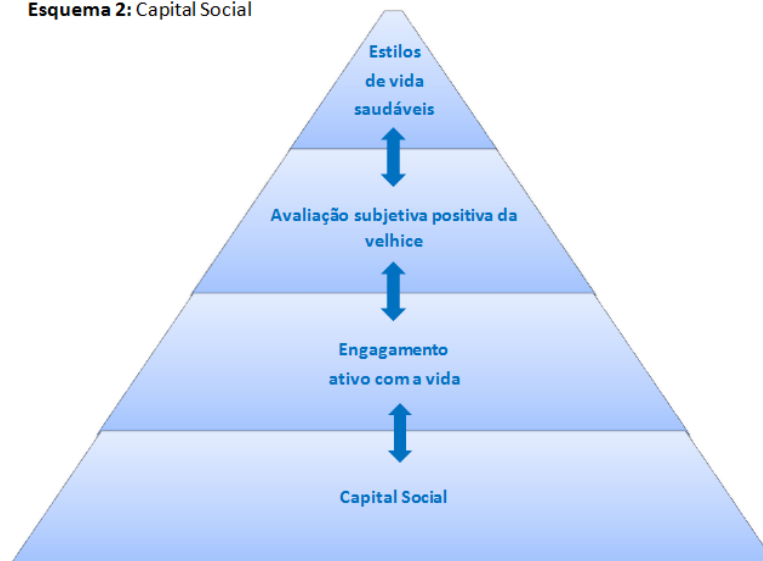
Mas, dizer que os resultados mais ou menos frutíferos dos esforços dos que trabalham com MTC em promoverem a assunção de uma postura ativa por parte dos seus pacientes idosos dependem, em certa medida, da existência prévia de um estilo de vida saudável anteriormente adquirido e consolidado, não explica ainda de onde provém esse estilo de vida saudável. Ou seja, se a existência de um estilo de vida saudável está, em muitos casos, a montante do recurso à MTC – sobretudo, nos casos dos pacientes que, posteriormente, revelarão uma postura particularmente ativa sobre a sua saúde, adotando grande parte das recomendações terapêuticas que exigem a modificação de hábitos de vida – quais as condições de base que originaram, permitiram desenvolver e consolidar a adoção desse estilo de vida saudável?

Estarão elas compreendidas apenas no âmbito da psicologia individual?

Creio que não, e que, quando se verifica o insucesso da tentativa dos profissionais de MTC no sentido da transformação de hábitos de vida dos seus pacientes idosos, ele deriva, não apenas de um insucesso na modificação da psicologia individual, mas, fundamentalmente, da incapacidade de alterar positivamente as condições de vida dos pacientes, nomeadamente, no que se refere à detenção de diferentes tipos de capital.

Sendo que a importância do capital cultural e do capital económico será discutida mais adiante, no que respeita à importância do capital social, evidenciada na discussão crítica dos casos anteriormente apresentados, é necessário uma outra representação esquemática que permita ilustrar como a detenção de elevados níveis de capital social se encontra na base dos estilos de vida saudáveis:

Esquema 2: Capital Social



Neste segundo esquema, encontramos a detenção de capital social como a base essencial para o desenvolvimento e consolidação dos estilos de vida saudáveis, colocados no topo da pirâmide.

Como foi analisado anteriormente, a detenção de elevados níveis de capital social é, muitas vezes, a condição essencial para o engajamento ativo com a vida – a manutenção de uma rede de relações interpessoais e o envolvimento em atividades produtivas - ao mesmo tempo que este reforça os níveis de capital social. Para além disso, este engajamento ativo com a vida, encontra-se, como vimos anteriormente, intimamente relacionado com a adoção de uma postura ativa sobre a saúde.

Este engajamento ativo com a vida, aliado à adoção de uma postura ativa sobre a saúde tem como consequência, em muitos casos, uma avaliação subjetiva positiva da velhice que, por sua vez, reforça o engajamento ativo com a vida, incrementando o capital social. A adoção de um estilo de vida saudável aparece no topo da pirâmide, como o resultado deste processo.

A partir deste ponto poderíamos voltar ao esquema 1: consolidado um estilo de vida saudável, como resultado das condições descritas, o sujeito idoso tende a adotar uma postura ativa sobre a sua saúde que, sendo propiciadora do incremento de uma autoridade última do paciente sobre a sua saúde, irá revelar-se numa utilização, geralmente complementar, de diferentes recursos terapêuticos (entre os quais a

Biomedicina e a MTC), que, por sua vez, favorecem a adoção de um estilo de vida saudável³⁷.

Neste segundo esquema, pretendi salientar a forma como cada uma destas categorias se reforça mutuamente, sendo que a compreensão dos comportamentos dos pacientes poderia ser feita a partir de qualquer um dos seus eixos. No entanto, a sua forma piramidal procura destacar a detenção de capital social como a base essencial para a adoção de um estilo de vida saudável, entendido como um resultado possível.

A discussão crítica dos casos de Teresa e Joana, poderia conduzir-nos à ideia de que nem a condição económica, nem o género dos sujeitos é de especial relevância para a análise dos comportamentos de saúde dos idosos, nomeadamente no que se refere à adoção de uma postura ativa sobre a sua saúde: tal como pude referir, Teresa e Joana são mulheres de idade aproximada, ambas viúvas, sustentando-se com as suas reformas de valor semelhante. No entanto, acontece que não é assim. Tal como procurarei evidenciar no ponto seguinte deste capítulo, a partir de dados recolhidos por diferentes investigações, assim como, a partir dos dados reunidos nos diferentes contextos da minha própria pesquisa, aquilo que podemos observar é a extraordinária relevância de diferentes fatores sociais, entre os quais o género e a condição económica dos sujeitos, na determinação da sua saúde. Os casos de Teresa e de Joana mostram apenas que a variável económica, apesar de muito influente, como veremos mais adiante, não é inteiramente determinista: perante uma mesma condição económica, verificam-se comportamentos distintos.

³⁷ A leitura que sugeri para o primeiro esquema, descrevendo o comportamento mais recorrente entre os pacientes idosos de MTC, não aponta para a possibilidade de uma alteração súbita do comportamento dos pacientes, rumo à adoção de estilos de vida saudáveis, conduzindo à adoção de uma postura ativa e responsável perante o tratamento. Nestes casos, o esquema deve ser lido a partir do momento em que um episódio de doença súbita grave conduz à tomada de uma posição especialmente ativa perante o tratamento, conduzindo ao reforço da “autoridade última do paciente”, traduzindo-se num uso complementar da Biomedicina e da MTC, consubstanciando na adoção permanente de novos estilos de vida saudáveis, que tendem a reforçar a postura ativa do paciente, num circuito continuamente renovado.

Assim, o que esses dois casos evidenciam é, sobretudo, a importância do capital social, para além do capital económico, para que se verifique a assunção de uma postura ativa e de responsabilidade individual do paciente idoso sobre a sua saúde, tão cara ao paradigma do Envelhecimento Ativo.

Descritos estes casos paradigmáticos de engajamento ativo com a vida, apontando para um envelhecimento bem-sucedido, a análise de dados estatísticos macroestruturais, provindos de diferentes fontes, veio confirmar aquilo que a análise dos casos individuais já mostrara: que a variação na detenção de capital social tem um impacto determinante na saúde da população idosa e para forma mais ou menos positiva como se vive o processo de envelhecimento.

Procurando identificar os fatores sociais mais determinantes da saúde da população idosa, Anne McMunn e seus colaboradores, são claros a este respeito:

“Relativamente à saúde da população idosa, o suporte social é um determinante da morbilidade e declínios na funcionalidade que tornam-se mais prevalentes com a idade, e, também, tem um papel de atenuar os impactos de importantes eventos da vida que têm mais probabilidade de ocorrer na velhice, tais como a morte de um cônjuge ou o aparecimento de uma doença crónica” (McMunn et al., 2006: 279)

A existência de redes de suporte social pode, não apenas desempenhar um papel na prevenção das doenças, como ter um impacto positivo na forma como se lida com a doença crónica (Cameron 1996; Berkman et al. 1992). Para além disso, a existência de uma rede social ampla, a detenção de níveis elevados de capital social, pode mediar a relação entre a classe económica de pertença e os seus impactos sobre a saúde da população idosa:

“Por exemplo, aqueles que apresentam baixos níveis de saúde, mas que são casados podem ser menos dependentes de cuidados formais, tendo menor necessidade de gastar os seus recursos em cuidados obtidos fora de casa, e, por isso, terem mais capacidade de proteger a sua posição económica” (McMunn et al., 2006: 279)

Este último ponto é particularmente importante, porque aponta para a inter-relação entre capital social e económico, evidenciando como os impactos da pobreza na saúde dos mais carenciados são ainda mais evidentes quando se verifica a inexistência de capital social.

O Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa (IE-UL) tem divulgado alguns dados estatísticos sobre a questão do Envelhecimento Ativo em Portugal, e como ela se relaciona com a constituição das redes sociais, invocando a importância dos fatores sociais determinantes da saúde e a importância de se pensar o envelhecimento numa perspectiva de curso de vida:

“Sustentámos a hipótese de que o empobrecimento das relações sociais e a falta de apoios relacionais, em resultado de redes precárias, estão associados a uma vida social menos intensa, a qual, além de não contribuir para a sociedade, conduz a um isolamento que se reflecte também no estado de saúde física e mental dos indivíduos. Os usos do tempo ao longo da idade reflectem não só a mudança da actividade ocupacional mas também a capacidade de manter redes interpessoais que contribuam para estruturar um quadro de vida autónomo e saudável.” (Cabral et al. 2013:19)

A perspectiva de curso de vida proposta por estes investigadores a respeito do envelhecimento sustenta a análise anteriormente elaborada dos dados empíricos recolhidos no âmbito da minha investigação, a propósito do desenvolvimento de uma postura ativa e responsável do paciente idoso perante a sua saúde, um pilar fundamental do envelhecimento ativo, quando argumentei que ela deriva, muitas vezes, de fatores estruturantes, como sejam a detenção de capital social, na base da definição de um estilo de vida saudável prévio ao recurso à MTC, que poderão garantir a manutenção desse mesmo estilo de vida saudável na velhice. Ou quando afirmei que o engajamento ativo em atividades coletivas, potenciado pela existência prévia de capital social, tende a representar um novo incremento desse mesmo capital social:

“(…) factores como a participação associativa e cívica ou a promoção de actividades e de espaços de sociabilidade destinados à terceira idade surgem como impulsionadores das redes sociais” (id.: 20)

Os investigadores do IE-UL vêm chamar a atenção para o número de pessoas idosas que vivem sós, em particular as pessoas com 75 anos ou mais, que, segundo o seu estudo, representam quase 10 por cento do universo sénior (pessoas com mais de 50 anos). Os investigadores consideram que esta transição para a vida a sós deverá aumentar em todos os grupos etários, em virtude de mudanças das estruturas familiares.

No entanto, a questão da solidão não se resume puramente à da existência redes sociais, familiares ou outras, mas à qualidade das relações estabelecidas. Algo que manifestando-se nos dados empíricos recolhidos na minha investigação, como procurei

ilustrar através de alguns dos casos anteriormente descritos, adquire uma ampla expressão em Portugal, já que uma metade das pessoas idosas que vivem com outros familiares descrevem sentimentos intensos (muitas vezes) ou relativamente intensos (algumas vezes) de solidão:

“Se é verdade que o presumível isolamento social das pessoas que vivem sozinhas pode ser apontado como uma causa importante da solidão, o facto de aqueles que vivem com outros familiares exprimirem o mesmo sentimento com uma intensidade semelhante leva a supor que a co-residência não é suficiente para evitá-lo ou reduzir a sua intensidade. A solidão não existe apenas quando há isolamento físico ou social” (id.: 32)

Feita esta importante ressalva - que, essencialmente, passa por superar “noções de dependência e de proteção em relação aos mais velhos”, descritas pelos investigadores do IE-UL - uma questão da maior importância para a implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo seria a de saber se estão criadas as condições sociais para proporcionar oportunidades para a participação dos idosos que sintam solidão, morando ou não sozinhos, e que perspetivem uma solução para essa solidão na inscrição em atividades coletivas – onde poderão desenvolver relações interpessoais baseadas na afinidade. Sobretudo, saber se essas oportunidades de participação existem para aqueles que são mais desprovidos de capital social que, como tenho vindo a argumentar, encontra-se, muitas vezes, na origem dessa participação em atividades coletivas que, por sua vez, o reforça.

A importância deste ponto pode ser ilustrada através de um caso de uma paciente de MTC em Lisboa, tal como me foi descrito pela sua terapeuta de MTC. A opinião desta terapeuta, formada em MTC e com uma pós-graduação em Geriatria, revelou-se particularmente importante para a minha investigação, no sentido em que, a sua experiência profissional consiste, sobretudo, no tratamento da população idosa, que, ao contrário da maioria dos entrevistados, constitui a maioria dos seus pacientes. Ela relata o caso de uma paciente idosa que, tendo um elevado nível de escolaridade, e uma boa condição socioeconómica, acabou por entrar num estado depressivo após o momento da reforma, tal como acontece com muitos outros pacientes. A ausência de uma atividade que lhe ocupava o dia tornou óbvio e penoso aquilo que agora a consome emocionalmente: o facto de estar sozinha:

" Olhe, vou-lhe contar o caso de uma paciente que tive ainda ontem em consulta. É o caso de uma senhora que sempre teve uma atividade muito intensa. Era um quadro superior de uma cadeia de hotéis. Foi reformada aos 70 anos e caiu num "marasmo", como ela diz. Caiu num "marasmo" e não sabia o que havia de fazer com o tempo, caiu numa depressão grande. O médico receitou-lhe montanhas de medicamentos e ela andava tipo zombie e apareceu-me assim. Esta senhora nunca casou, porque não teve tempo, e não teve filhos porque não teve tempo. Tem um excelente carro, uma boa casa, tem tudo aquilo que parecia ser necessário... tem um seguro de saúde ótimo, mas não consegue... porque vive e sente-se sozinha... e então o que é que eu faço com essa senhora? Em primeiro lugar, converso com ela para saber como é que foi a semana dela e ela fala, desabafa... depois, faço-lhe uma massagem Tui Na, com um óleo ou uma substância qualquer que tenha um cheiro que eu acho que a vai espreitar. Faço-lhe uma massagem e depois faço-lhe acupuntura. Faço acupuntura para equilibrar o sistema nervoso, acupuntura para a motivação, e, às vezes, coloco-lhe uma agulha semipermanente, para ela levar para casa, quando ela está mais naquela disposição: "Ai, não quero comer! Não quero ver televisão! Não quero fazer nada!" Coloco-lhe uma agulha e ela leva com ela. E a senhora quando sai dali, sai com um olhar muito mais brilhante e sente-se bem. E eu depois digo sempre "Daqui a dois dias telefone-me, para conversarmos um bocadinho..." e, pronto, vou mantendo assim. Mas, claro, não é suficiente. O que era suficiente era que houvesse estruturas para esta senhora...

Claro que eu já fui à Junta de Freguesia perceber o que há de oferta para estas pessoas a nível de voluntariado, de algumas aulas de qualquer coisa, do estilo Universidade Sénior, para que haja integração destas pessoas. Porque a minha ação enquanto acupuntora é boa naquele momento, a pessoa fica mais motivada, mas eu não posso fazer-lhe acupuntura todos os dias.

A pessoa precisava era de uma integração na sociedade, na vida da sua cidade, do seu país, da sua rua!" (Terapeuta de MTC, Lisboa)

A partir desta descrição, observa-se que, na ausência de uma estrutura social, familiar ou comunitária que ampare os pacientes, os profissionais de MTC confrontam-se, muitas vezes, com a frustração de ver os resultados positivos do seu tratamento terem apenas uma duração limitada, de alívio momentâneo, uma melhoria do bem-estar que logo se dissipa assim que o paciente regressa para a sua triste realidade. Consciente, então, de que o contexto social desta paciente torna infrutíferas as suas tentativas para a "motivar", ou seja, para que se verifique uma efetiva adoção de uma postura mais ativa da paciente no que respeita à promoção da sua saúde, a terapeuta de MTC procura envolvê-la em estruturas sociais que possam permitir quebrar o isolamento social e o sentimento de solidão, e garantir a sua integração na sociedade.

Este caso sustenta o argumento anteriormente apresentado de que, para além da qualidade da relação entre terapeuta e paciente, a ausência de capital social, mesmo em

casos em que existe um elevado capital cultural e económico, reduz as probabilidades do paciente assumir uma postura ativa perante a sua saúde, o que, sendo uma parte essencial do tratamento de MTC, compromete a sua eficácia. Neste mesmo sentido, muitos outros terapeutas de MTC colocaram em questão o carácter individualizado da responsabilidade do paciente idoso sobre a sua saúde, apontando os casos de sucesso como aqueles em que se verifica uma responsabilidade partilhada com outros próximos, geralmente familiares, que suportam uma vigilância ativa da saúde do seu ente querido, estimulando ou motivando o paciente idoso a permanecer ativo.

Mas este caso permite, também, argumentar que, na ausência desta estrutura familiar, verifica-se a necessidade imperativa de que, tal como argumentava Gracinda, existirem estruturas sociais que permitam a estas pessoas permanecerem com um papel ativo, e, portanto, permanecerem integradas na sociedade. Neste sentido, para esta terapeuta de MTC, a responsabilização individual, seja pela saúde, seja pela participação na sociedade, só faz sentido quando é partilhada pelas famílias, mas, também, pelo Estado ou outras estruturas sociais ou comunitárias.

Tendo em conta que o locus central da minha investigação é a Grande Lisboa, importa considerar alguns dados estatísticos a respeito da participação cívica da população idosa nesta cidade. Concentrando-se na população sénior (mais de 50 anos da cidade de Lisboa), uma cidade com cerca de metade da população de idade igual ou superior a 50 anos, um quarto de residentes com 65 e mais anos e mais de um terço dos agregados familiares com elementos nesta faixa etária, num outro estudo do sociólogo Manuel Villaverde Cabral e seus colaboradores do IE-UL, observa-se que:

“(…) em média, a adesão dos residentes da cidade de Lisboa aos diversos tipos de associações tende ocorrer sobretudo no âmbito do desporto e actividades ao ar livre e nas associações culturais ou colectividades recreativas (…).

A seguir, o sindicalismo, as associações profissionais ou patronais, bem como as associações de solidariedade social e as associações de pais, são os tipos de organizações a que os habitantes de Lisboa mais aderem e onde desenvolvem mais actividade (…).

Os movimentos cívicos, as associações de consumidores, os partidos políticos, as associações de moradores e as associações de defesa do património ou do ambiente são as que recolhem menos adesão pela generalidade dos inquiridos” (Cabral et al. 2011: 42)

No entanto, uma das conclusões principais referia-se ao fraco índice de associativismo dos seniores de Lisboa:

“Em síntese, o índice de associativismo, que agrega a participação nos vários tipos de organizações, mostra-nos que a participação geral média é relativamente baixa.” (id.: 43)

Na suas conclusões, o relatório destaca Lisboa como uma cidade envelhecida, sendo que quase dois terços da sua população são mulheres, que apresentam uma forte diferenciação negativa da sua situação material, designadamente em termos de rendimento e de habitação. Genericamente, a população idosa apresenta um baixo nível de escolaridade, já que metade da atual geração dos que têm 65 ou mais anos de idade, em Lisboa, tem escolaridade igual ou mesmo inferior ao 1º Ciclo. Esta população apresenta, também, uma desvantagem socioeconómica com potenciais consequências ao nível do seu bem-estar e da sua saúde (Almeida, 2009).

Sendo que a população sénior de Lisboa passa a maior parte do seu tempo em casa, a principal atividade com que ocupa os tempos livres é estar com os amigos e com os familiares. Mas, isto verifica-se, sobretudo, até aos 74 anos, idade após a qual o contacto com outros escasseia:

“Particularmente preocupante é a percentagem de pessoas que nunca tem contactos sociais desta natureza nos tempos livres: de cerca de 6% entre os 50 e 74 anos, passa-se a um quinto de indivíduos nesta situação após os 75 anos” (id.: 66)

Este aspeto, conjugado com o facto de 16% dos idosos com mais de 65 anos viverem sós, aponta para um problema de isolamento social particularmente preponderante entre a população idosa, sobretudo para lá dos 74 anos de idade. Verifica-se, também, uma diferença entre a população entre os 50 anos até aos 74 e os que estão para além desta idade no que se refere a idas ao comércio tradicional/mercados e na frequência de espaços verdes, que são atividades de lazer importantes para os seniores menos idosos.

No que se refere a outro tipo de atividades, entre as quais a prática de exercício físico ou a participação cívica e associativa, o inquérito revela um fraco engajamento da população sénior em geral:

“Grande parte das restantes actividades analisadas destaca-se, em contrapartida, por nunca serem efectuadas pela maioria da população mais velha. Sejam elas saídas para os arredores de Lisboa (praia ou

passeios); actividades desportivas (praticando ou assistindo, embora apesar de tudo as primeiras sejam mais frequentes, sobretudo até aos 74 anos); actividades sociais informais exteriores, como jantar fora ou animação nocturna; actividades culturais (visitas a museus/património histórico; ou cinema/teatro/espectáculos/exposições – estas últimas, sublinhe-se, nunca frequentados por $\frac{3}{4}$ das pessoas com mais de 75 anos), e a participação cívica ou associativa (surgindo neste último caso uma clivagem entre os inquiridos com mais ou menos de 65 anos e os demais grupos etários inferiores e superiores).” (id.: 67)

Sendo que a principal atividade de tempos livres da população sénior de Lisboa é estar com os amigos e familiares, revelando um fraco engajamento com outro tipo de actividades coletivas, é importante procurar analisar as limitações que impedem uma maior adesão da população a este tipo de actividades, tendo em conta que a participação (em todos os domínios da esfera social) é um pilar fundamental do paradigma do Envelhecimento Ativo. Para além de que, tal como foi argumentado anteriormente, o engajamento em actividades coletivas, fonte de capital social, revela-se um aspeto preponderante no reforço de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde, outro pilar fundamental para o paradigma do Envelhecimento Ativo.

Julgo que, para além das oportunidades criadas pela sociedade para a participação dos mais idosos, devemos observar a forma como a desigualdade na distribuição dos diferentes tipos de capital afeta as possibilidades individuais de aproveitar essas mesmas oportunidades. Nos próximos capítulos, analisarei a importância do capital cultural e do capital económico na determinação das possibilidades individuais para um engajamento ativo com a vida, assim como, para a adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a sua saúde.

Capítulo VI

Capital Cultural

No final do ponto anterior deste capítulo, observou-se como, no que se refere à população sénior da cidade de Lisboa, a sua principal atividade de tempos livres é passar tempo com a família e amigos, ao mesmo tempo que revelam um fraco envolvimento noutra tipo de atividades coletivas. Por outro lado, acima dos 74 anos de idade, como vimos, os níveis de envolvimento nestas atividades são ainda mais baixos, acompanhados de uma redução acentuada do número e intensidade das relações interpessoais. Ou seja, nos termos da literatura especializada no tema do envelhecimento bem-sucedido, a partir desta idade, verifica-se um fraco engajamento ativo com a vida.

No entanto, antes da apresentação destes dados conclusivos do ponto anterior, descrevi alguns casos de efetivo sucesso, reveladores de um intenso engajamento ativo com a vida. A partir da análise desses casos, foi afirmado que é a partir deste engajamento ativo com a vida que se consolida uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde, tão importante no ideário do Envelhecimento Ativo. Mas, o que permite, então, a existência destes casos extremos de engajamento ativo com a vida, pouco frequentes, sobretudo, entre a população idosa com mais de 74 anos, no contexto de Lisboa?

Se, em parte, o engajamento ativo com a vida explica-se pela detenção de elevados níveis de capital social - no sentido em que este propicia a participação ativa, ao mesmo tempo que é continuamente reforçado por ela – devemos considerar, igualmente, as desigualdades na detenção de capital cultural e de capital económico na determinação de um leque variável de possibilidades individuais. Neste ponto deste capítulo procurarei analisar a importância do capital cultural, deixando para o ponto seguinte a análise do impacto do capital económico.

O conceito de capital cultural é desenvolvido por Pierre Bourdieu, como uma hipótese explicativa das diferenças no sucesso escolar de crianças originárias de diferentes classes sociais: estabelecendo uma relação entre os resultados obtidos e a distribuição de capital cultural entre as diferentes classes sociais, o sucesso escolar

poderia agora ser explicado em função de algo mais do que as meras aptidões naturais individuais (Bourdieu, 1986). De acordo com Bourdieu, o capital cultural pode existir sob três formas fundamentais: num estado incorporado, i.e., na forma de disposições duradouras do corpo e da mente; num estado objetivo, na forma de bens culturais (pinturas, livros, dicionários, instrumentos, máquinas, etc.); e num estado institucionalizado (Bourdieu, 1986)

No seu estado incorporado, o capital cultural, na forma de cultivação pessoal em termos culturais, implica um esforço do sujeito, num processo moroso. No entanto, o capital cultural, variando na sua extensão, em função do período, da sociedade, e da classe social, pode ser adquirido de uma forma bastante inconsciente. Todavia, estará sempre marcado pelas suas condições iniciais de aquisição, das quais carrega marcas reconhecíveis, plenas de valor distintivo (tais como, por exemplo, os sotaques característicos de uma região, ou mesmo de uma classe social).

No seu estado objetivo, os bens culturais podem ser adquiridos através da detenção de capital económico. No entanto, a plena apropriação destes bens culturais implica, não apenas uma apropriação material – que exige a detenção de capital económico – mas, também, uma apropriação simbólica – que procede de um elevado nível de capital cultural: ou seja, por exemplo, para possuir as máquinas, o dono dos meios de produção apenas precisa de capital económico; mas, para saber operá-las, no sentido exato para o qual elas foram concebidas, ele tem de ter acesso a um capital cultural, incorporado pelo próprio, ou por via de outrem.

No seu estado institucionalizado - as qualificações académicas - o capital cultural adquire uma sanção social positiva do seu valor, distinguindo o autodidata da pessoa com formação legalmente reconhecida. É, também, através do seu estado institucionalizado que o capital cultural adquire um estatuto quase mágico, porque agora diferenciado do estado atual do seu portador, ao contrário do estado incorporado, conferindo-lhe prestígio.

Estas três definições de capital cultural irão guiar a apresentação dos meus argumentos neste capítulo.

Num primeiro momento, tendo em conta a definição de um estado incorporado do capital cultural, carregando consigo as marcas distintivas da sua origem, os meus

dados apontam para a necessidade de pensarmos a respeito das especificidades culturais de cada um dos contextos de origem dos pacientes idosos observados na minha pesquisa, para compreendermos como se processa o seu recurso à MTC e o desenvolvimento de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde.

Observa-se, então, que, no caso de Santa Cruz, os terapeutas de MTC californianos referem, recorrentemente, a existência de uma cultura local específica, que torna esta população mais propensa à adoção de uma postura ativa perante a saúde, comparativamente com as populações de outros lugares dos EUA. É como se a responsabilidade individual perante a saúde e uma tendência para a adoção dos estilos de vida saudáveis tivessem sido já culturalmente transmitidas e localmente incorporadas, previamente ao recurso de cada paciente específico à MTC. Trata-se, então, poderíamos dizer, da existência de um capital cultural local específico, transmitido dentro desta região particular dos EUA.

No entanto, a análise de Pierre Bourdieu revela sobretudo a heterogeneidade social, marcada justamente pelas desigualdades na detenção dos diferentes tipos de capital. Pelo que, para além de possíveis especificidades culturais de cada local, é necessário observar, para cada contexto, inclusive dentro de Santa Cruz, a importância e as consequências dessas desigualdades para a saúde da população idosa, nomeadamente, no que se refere à variação na detenção de capital cultural. No âmbito da minha investigação, essa análise será feita através da discussão crítica de um caso paradigmático, bem ilustrativo da importância do capital cultural no seu estado objetivo e no seu estado institucionalizado. Mais especificamente, esse caso permitirá exemplificar, em primeiro lugar, como o acesso à MTC, que se poderia julgar, à primeira vista, depender apenas da existência de recursos económicos, na verdade, e, sobretudo, para que se verifique uma efetiva adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde, ele implica, também, a capacidade de compreensão e incorporação dos princípios filosóficos que sustentam uma conceção específica da saúde e da doença. Da mesma forma, no âmbito da Biomedicina, num regime de crescente “Salutocracia” (cf. capítulo 3), com a sua ênfase na responsabilidade individual, as recorrentes recomendações médicas para a promoção da saúde e prevenção da doença, são melhor ou pior aprendidas e incorporadas em função da variação do nível de capital cultural de cada indivíduo. Em ambos casos, trata-se da

necessária apropriação dos diferentes recursos de saúde não apenas na sua forma material – para cujo consumo é apenas necessário o capital económico – mas, também na sua forma simbólica – sendo que a capacidade de apreender a forma correta de utilização das propostas da MTC ou das recomendações médicas, ou seja, efetivamente desenvolvendo e adotando uma postura ativa e de responsabilidade individual sobre a saúde, exige a detenção de capital cultural.

Em segundo lugar, esse caso paradigmático permitirá ilustrar, como a detenção de capital cultural, sob a sua forma institucionalizada, confere um estatuto social, que não é nada depreciável nos ganhos que confere ao paciente na sua relação com os terapeutas de MTC/médico-acupuntor.

A desconstrução crítica de uma ideia de homogeneidade cultural, na direção de um enfoque na variação na detenção de diferentes níveis de capital cultural, obrigará, também, ao longo deste ponto deste capítulo, à problematização do uso do conceito de “cultura” no seio da antropologia médica mais focada no tema do envelhecimento.

A cultura como um fator social determinante da saúde

Emprego o termo “cultura”, a partir de duas concepções bem diferentes, sendo que é da súpula de ambas que, no meu entender, resulta a operacionalidade deste conceito.

Em primeiro lugar, o conceito de cultura engloba o conceito de “representações sociais”: do envelhecimento, da saúde e da doença, assim como, as representações sociais em torno da eficácia terapêutica tanto da Biomedicina como da MTC.

O conceito de representações sociais foi definido por Durkheim de uma forma pioneira, identificando-as como categorias lógicas de apreensão do mundo, independentes das consciências individuais (Doise et al., 1986). Este conceito seria, também, apropriado e desenvolvido por Marcel Mauss:

“(…) as representações sociais constituem uma parte não negligenciável do universo individual de cada um, como foi notado por Mauss (...) quando ele descreve o papel importante que as representações coletivas têm para a consciência individual, sob a forma de ideias, de conceitos, de

categorias, de motivos para o cumprimento das práticas tradicionais, ou sob a forma de sentimentos coletivos e de expressões socialmente fixas das emoções. Assim, poderíamos dizer que elas são, em grande medida, autônomas em relação à consciência individual” (Doise et al., 1986: 14).

Também a psicologia social trabalhou amplamente sobre o conceito de representações sociais, nomeadamente, a partir de Moscovici, que manteve, até certo ponto, o argumento da sua autonomia em relação à consciência individual:

“Os indivíduos e os grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação. As representações, obviamente, não são criadas pelos indivíduos isolados (Moscovici et al., 2000: 27).

No entanto, a distinção entre consciência individual e representações coletivas tem em Moscovici um valor relativo, que contrasta com a distinção positivista clássica entre sujeito e objeto, que impregna a obra de Durkheim. Segundo Abric, baseando-se na teorização de Moscovici:

“Defendemos que não existe uma realidade objetiva a priori, mas que toda a realidade é representada, ou seja, apropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída dentro do seu sistema cognitivo, integrada dentro do seu sistema de valores, dependendo da sua história e do seu contexto social e ideológico.” (Abric, 1994).

Também, Clifford Gertz, quando define “cultura” a partir de uma perspectiva semiótica, como teias de significado, que a Antropologia teria a missão de descrever e de interpretar, aponta para a importância primordial da análise do contexto:

“Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis (o que eu chamaria de símbolos, ignorando as utilizações provinciais), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições e os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade” (Geertz, 1989: 10)

Assim, se não há uma separação clara entre sujeito e objeto, na medida em que “toda a realidade é representada, ou seja, apropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, dependendo da sua história e do seu contexto social e ideológico” (cf. Abric, 1994) a tarefa da Antropologia deve ser, no meu entender, não apenas a interpretação do sistema de símbolos de uma cultura, mas, sobretudo, a decodificação dos fatores sociais estruturantes que conduzem à sua apropriação diferenciada, pelos diversos grupos e indivíduos. Ou seja, trata-se não tanto do estudo da cultura, como do estudo dos

diferentes “usos” da cultura por diferentes grupos ou indivíduos, dependendo da sua história e do seu contexto social e ideológico.

Esta última tarefa da Antropologia é favorecida, no meu entender, por uma aproximação à teorização de Pierre Bourdieu, donde retiro uma segunda concepção do conceito de cultura, segundo a qual esta se refere, fundamentalmente, aos “*habitus*” incorporados pelos indivíduos ou grupos.

O conceito de *habitus*, tal como o de representações sociais, foi, também, utilizado pelo antropólogo Marcel Mauss no seu influente ensaio sobre as técnicas do corpo, de 1934 (Schlanger, 2006). Marcel Mauss utiliza o conceito de *habitus* para analisar as diferentes configurações que as utilizações do corpo adquirem em diferentes sociedades, ao nível de diversas atividades (que vão desde a forma como se come, como se descansa, como se nada, até aos cuidados com as crianças), reunidas sobre o conceito lato de “técnicas do corpo”. Procurava uma superação da dicotomia biológico/sociológico na explicação do movimento corporal. O foco da análise deveria incidir na comparação entre diferentes sociedades, considerando a sua diferenciação interna, baseada, sobretudo, no sexo e na idade dos sujeitos.

Este conceito de *habitus* será desenvolvido de uma forma ampla por Pierre Bourdieu, tornando-se uma peça essencial para uma teoria sociológica que procura integrar o papel das estruturas sociais e da capacidade volitiva dos sujeitos na explicação da ação humana e que procura descrever a normatividade social, assente em disposições regulares dos sujeitos no espaço social, estatisticamente demonstráveis. Mas vamos por partes. Segundo Bourdieu:

“(...) as estruturas que são constitutivas de um tipo particular de meio ambiente (e.g. as condições materiais de existência características de uma condição de classe) e que podem ser apreendidas empiricamente sob a forma de regularidades associadas a um meio ambiente socialmente estruturado produzem *habitus*, sistemas de disposições duradouros (...)” (Bourdieu, 2002: 162).

Estes *habitus* fazem com que as regularidades inerentes a uma condição arbitrária tendam a parecer necessárias, naturais, uma vez que elas estão na base da percepção, através da qual, essas mesmas estruturas são apreendidas (Bourdieu, 1980). Desta forma, mais do que as normas explícitas, os *habitus* garantem a conformidade das práticas e a sua constância ao longo do tempo. No entanto, é importante notar que o

espaço social dessas práticas não é um espaço homogêneo, sendo marcado por fortes clivagens ao nível da distribuição dos recursos – os diferentes tipos de capital: social, cultural e económico.

A noção de “campo” em Bourdieu representa, paralelamente ao conceito de classes sociais, justamente a concorrência entre diferentes grupos que ocupam diferentes posições no espaço social. O que nos permite pensar, diferentemente de Marcel Mauss, que centrava a sua análise no estudo comparativo de diferentes sociedades, nos diferentes *habitus* coexistentes numa mesma sociedade (diferentes *habitus* de classe, com expressão nos diferentes campos artístico, político, económico, religioso, etc.), procurando cada um impor as suas idiossincrasias, reivindicando um incremento e uma valorização diferenciada de diferentes tipos de capital.

No entanto, é ainda na esteira de Marcel Mauss, que Pierre Bourdieu descobre o mecanismo essencial pelo qual se dá o processo de interiorização destes esquemas mentais que configuram os *habitus* dos sujeitos. A oposição masculino/feminino, instauradora de uma hierarquia essencial, aparece como a experiência primordial estruturante das outras formas de dominação, tomando o corpo como operador analógico instaurador de todos os tipos de divisões do mundo social - divisões entre os sexos, entre as classes de idade e entre as classes sociais (Bourdieu, 1980) Desta forma, todos os atos dos sujeitos são enquadrados por uma sobredeterminação fundamental: a do seu corpo, no que se refere a todas as propriedades físicas socialmente qualificadas, sobretudo, as da divisão sexual, mas, também, as dos traços físicos valorizados ou estigmatizados (incluindo a comparação entre a juventude e a velhice). É desta hierarquia instaurada através do corpo que resultam, em última análise, as divisões entre classes sociais, sendo o estatuto do indivíduo ou do grupo medido em função da posição que ocupa na estrutura social e da sua trajetória, ascendente ou descendente.

Assim, devemos notar que a população idosa não é uma população homogênea: não existe uma cultura comum e a exposição à cultura e a sua incorporação, sob a forma de diferentes *habitus*, varia em função da detenção, não só do capital cultural (nos seus estados incorporado, objetivo e institucionalizado), mas também da detenção de capital social, como vimos antes, e de capital económico, como veremos mais adiante. De acordo com Bourdieu, é, justamente, esta detenção diferenciada de diferentes tipos de

capital pelos indivíduos e classes sociais, associada a diferentes *habitus* estruturantes do comportamento social, que limita a ação dos sujeitos, tornando insustentáveis as teorias racionalistas que tendem a esquecer estas condicionantes estruturais e colocam um individualismo idealizado como motor da ação humana: como no caso do racionalismo finalista do *homo oeconomicus*, característico da teoria económica clássica e que parece moldar decisivamente a conceção de Envelhecimento Ativo proposta pela OCDE, ao mesmo tempo, que influencia crescentemente a conceção da própria União Europeia. Voltarei a este argumento no capítulo 8.

A reflexão antropológica aplicada à prática clínica de MTC

O caso de Barbara, uma terapeuta de MTC californiana com formação em ciências sociais, representa um caso invulgar, com o qual tive a oportunidade de me confrontar durante o meu período de pesquisa nos EUA.

Barbara reforça várias ideias repetidas por diversos terapeutas de MTC ao longo da minha investigação, nos diferentes contextos de pesquisa, a respeito de como a cultura – englobando os hábitos de vida incorporados e as representações sociais – podem constituir autênticos fatores sociais determinantes da saúde da população idosa, pela forma como influenciam a adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde, um pilar essencial à implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo. Partindo da sua formação em ciências sociais, e tendo por base a sua experiência clínica como terapeuta de MTC, Barbara chega mesmo a elaborar uma importante hipótese teórica geral:

“Quanto mais respeitados os idosos são numa dada cultura, menor é o número de sintomas patológicos que apresentam!” (Barbara, Terapeuta de MTC, Santa Cruz, Califórnia)

Como, para a elaboração desta hipótese teórica, Barbara baseia-se, não apenas na sua observação empírica de casos clínicos, como, sobretudo, na reflexão promovida pela antropóloga Margaret Lock (1993), torna-se particularmente revelante uma discussão crítica da obra desta autora, algo que será feito mais adiante.

Para além de formada em MTC pela Five Branches University de Santa Cruz, na Califórnia, Barbara é, igualmente, formada em Sociologia na Stanford University e em

Psicologia, quando morou na África do Sul. Conta-me como foi iniciada como curandeira (“witch doctor”) na África do Sul e como, também, já tratou pacientes, lado a lado, com os índios nativos americanos nos EUA e com os aborígenes na Austrália, assimilando elementos de todos estes diferentes recursos terapêuticos.

Barbara era uma acadêmica e não pensava tornar-se terapeuta de MTC até que diagnosticaram asma ao seu filho. Os médicos prescreveram medicação com cortisol, mas ela considerava que isso implicaria danos graves para os rins do seu filho, fazendo com que os seus ossos ficassem mais fracos e, possivelmente, atrofiando o seu crescimento. Foi, nesse momento, que decidiu tirar uma licença sabática para poder estudar MTC na Five Branches University, com o objetivo de se capacitar para poder ser ela mesma a tratar o seu filho.

Também estudou no American College of Traditional Chinese Medicine, de São Francisco, uma das principais instituições de ensino em MTC dos EUA, e realizou vários estágios clínicos com diferentes professores chineses. Partindo da sua insatisfação com os tratamentos propostos pela Biomedicina, a sua procura por formação em cuidados de saúde oriundos de outros recursos terapêuticos decorreu de uma forma semelhante ao modo como se processa o recurso à MTC por grande parte dos pacientes que Barbara hoje, enquanto terapeuta de MTC profissional, procura tratar (cf. Capítulo 3).

Depois de completar a sua formação na Five Branches University, Barbara começou a desenvolver a sua prática clínica em Santa Cruz e, simultaneamente, numa clínica em Palo Alto, uma localidade situada bem perto de São Francisco e não muito longe de Santa Cruz, onde procurou desenvolver e aperfeiçoar uma utilização mista de fitoterapia da MTC e de plantas ocidentais. Nesta clínica, trabalha, também, com médicos e a filosofia da clínica é a de que os pacientes devem primeiro ser tratados pelas terapias consideradas “mais suaves”. Ou seja, são previamente tratados por Barbara e só depois pelos médicos. Nas suas palavras:

“Primeiro tentamos a dietética, depois a fitoterapia, depois a medicação alopática e depois a cirurgia.”

Embora não seja o caso mais frequente, já começa a haver vários pacientes a procurarem os seus serviços como primeira escolha, e, muitas vezes, acontece os

pacientes recorrerem, simultaneamente, aos seus tratamentos e aos dos médicos que trabalham na sua clínica. Mas, tal como outros terapeutas de MTC californianos entrevistados, Barbara considera que, tanto esta maior integração da sua prática clínica em MTC com a dos profissionais da Biomedicina, que permite um recurso simultâneo a ambos os recursos terapêuticos, por um lado, tal como o facto de haver pacientes que procuram a MTC como primeira escolha, por outro, devem-se, fundamentalmente, a uma especificidade cultural daquela região (de Santa Cruz, mas, também, extensível a Palo Alto), que conferem características muito particulares aos comportamentos de saúde da sua população. Esta especificidade cultural deriva do facto da Califórnia, de uma forma geral, mas a área da Baía de São Francisco e, também, Santa Cruz, em particular, terem constituído lugares fundamentais para a manifestação do movimento “Hippie” de contracultura da década de 1960 (Hall, 2007), que teriam potenciado o desenvolvimento do movimento pela defesa de uma abordagem Holística da saúde (Baer, 1998a) (cf. Capítulo 3)³⁸.

Apesar de se ter iniciado na MTC com o objetivo de tratar uma criança, o seu filho doente, Barbara acabou por se especializar no tratamento de mulheres na fase da menopausa. Trata-se de um momento da vida de especial relevância para as suas pacientes, não apenas pelos sintomas físicos que acarreta, mas, também, pelo significado que lhe atribuem, enquanto marcador do processo de envelhecimento. A sua experiência clínica e a sua reflexão de base antropológica representa, por isso, como veremos, um importante contributo para a minha investigação, sobretudo, no que se refere à compreensão dos comportamentos de saúde das mulheres e da sua perspetiva

³⁸ Para uma ilustração deste argumento, o próprio contexto em que decorre a entrevista a Barbara é exemplificativo do esta terapeuta de MTC pretende afirmar quando se refere à especificidade cultural de Santa Cruz. Sentados na esplanada de um café, num pátio fresco, num dia de calor, ao som da água corrente de uma fonte, Barbara conta-me que conhece o dono do café e como ele esteve durante algum tempo num mosteiro japonês. Explica-me que é, por isso, pela experiência oriental do seu dono, que não servem leite, que não há café, que não há açúcar (apenas mel) e que nem sequer é permitido usar um telemóvel:

“Por que este espaço é “digital free”. Eles não querem a poluição energética!” (Barbara, Terapeuta de MTC, Santa Cruz)

face ao processo de envelhecimento, e de que forma esta pode ser transformada pelo recurso à MTC e à própria Antropologia.

Barbara especializou-se nesta área, trabalhando em Santa Cruz e Palo Alto e viajando para outros lugares, dando vários workshops acerca do tratamento da menopausa através da MTC, não porque o desejasse à partida, mas porque foi, justamente, nesta área que encontrou maior procura da parte das suas pacientes. Explica-me que as razões para essa grande procura prendem-se, sobretudo, com a ideia, generalizada entre estas pacientes, de que os tratamentos de substituição hormonal propostos pela Biomedicina, que elas podem ou não já ter experimentado, são demasiados tóxicos, podendo conduzir a vários problemas de saúde.

Barbara partilha desta ideia das suas pacientes, apresentando uma perspectiva muito crítica do tipo de intervenção promovido pela Biomedicina no tratamento da menopausa. Afirma existir um estudo recente da Universidade de Stanford, demonstrando que os tratamentos de substituição hormonal da menopausa são tóxicos, podendo causar cancro ou a ocorrência de um AVC. Por outro lado, Barbara destaca as potencialidades da utilização da MTC no tratamentos desses mesmos sintomas físicos, sem os efeitos adversos indesejáveis, afirmando que é extremamente fácil tratar os “calores” (“hot flashes”) e outros sintomas típicos da menopausa:

“É tão fácil que estou a ficar sem trabalho. Porque só preciso de ver as minhas pacientes uma vez! Porque estas mulheres não estão doentes. Elas foram ensinadas a pensar que estão doentes. Elas estão tão doentes como um adolescente está doente! É apenas uma mudança hormonal.” (Barbara, Terapeuta de MTC, Santa Cruz)

Como podemos observar pela análise das suas palavras, é, sobretudo, a fatores culturais, nomeadamente às representações sociais em torno da Biomedicina e da MTC, assim como, da própria saúde e da doença, que Barbara atribui a explicação do comportamento das suas pacientes. Este tipo de explicação aponta para 3 aspetos fundamentais, que nos revelam a forma como a cultura pode condicionar o comportamento dos sujeitos.

Em primeiro lugar, a prevalência de uma representação social negativa da medicação prescrita pelos médicos, que é considerada tóxica e perigosa por muitas destas mulheres pacientes. Para além dos estudos científicos que a possam suportar ou

contradizer, esta representação social negativa deve ser compreendida por referência à especificidade cultural de Santa Cruz, local onde subsiste (ou foi revitalizada) a influência do movimento de contracultura “hippie” dos anos 60, com a sua apetência por formas alternativas de tratamento, consideradas “tradicionais” e “naturais”, como sinónimo de ausência de riscos associados³⁹.

Tendo em conta aquilo que foi observado nos outros dois contextos de pesquisa desta investigação, o Rio de Janeiro e Lisboa, importa aqui assinalar que o carácter extremo do caso de Santa Cruz refere-se, apenas, à grande concentração, invulgar, num mesmo lugar, de tantos indivíduos com esta inclinação “hippie”, nas palavras dos terapeutas de MTC locais: sendo que esta representação social negativa da medicação prescrita pelos médicos, associada a uma apetência por formas de tratamento considerados “tradicionais” e “naturais”, encontra-se, mais ou menos, disseminada pelos outros dois locais. É, aliás, um dos mais importantes fatores estruturantes do recurso dos pacientes à MTC, a ter em conta para a compreensão das suas “trajetórias terapêuticas” (Lopes, 2010), na medida em que tem impactos diretos no comportamento dos sujeitos, relacionando-se com o que designei por “autoridade última do paciente sobre a sua saúde” (cf. Capítulo 3).

Observa-se, assim, a importância determinante da cultura na estruturação dessa autoridade do paciente sobre a sua saúde. Pois, tanto a utilização seletiva da Biomedicina, como a aferição subjetiva da eficácia das diferentes terapêuticas, ou a recorrente ocultação do recurso a estas terapêuticas, explicadas no capítulo 3, decorrem da autoridade última do paciente sobre a sua saúde, mas são impulsionadas por certas representações sociais que delimitam esta autoridade individual:

- uma representação social negativa dos tratamentos da Biomedicina, como intrusivos e causadores de efeitos secundários indesejáveis;

³⁹ Alguns autores referem-se ao fenómeno moderno de reinvenção das tradições como o do surgimento de contraculturas e modernidades alternativas, no âmbito do qual devem ser entendidos o movimento *New Age*, ou o crescente recurso a medicinas “tradicionais” em vários países ocidentais (cf. Eisenstadt, 2007)

- uma representação social positiva dos tratamentos das terapêuticas não convencionais, como “naturais” e “tradicionais” e, por isso, com ausência de riscos associados.

Em segundo lugar, na perspectiva de Barbara, como na de muitos outros terapeutas de MTC que foram os meus interlocutores privilegiados nos 3 contextos desta investigação (incluindo alguns médicos-acupuntores do Rio de Janeiro), a origem de muitas patologias físicas encontra-se, em grande medida, na mente e nas emoções do paciente. Se, como vimos no capítulo 3, há terapeutas de MTC que identificam esta origem mental da doença no espírito individual de cada paciente, Barbara aponta para a importância da cultura e dos seus impactos na forma como cada indivíduo pensa sobre a saúde e a doença: por exemplo, quando afirma que “estas mulheres não estão doentes, elas foram ensinadas a pensar que estão doentes”, destacando a importância das representações sociais da saúde e da doença na delimitação do comportamento individual dos pacientes.

Em terceiro lugar, o facto de a maioria dos seus pacientes serem mulheres, tendência que aliás se repete nos 3 contextos investigados, explica-se também, em grande medida, por fatores de ordem cultural.

Farei agora mais algumas considerações sobre cada um dos aspetos acima mencionados, pela sua relevância explicativa.

No que se refere ao primeiro ponto, a representação social negativa da medicação prescrita pelos médicos encontra eco nas vozes dos terapeutas de MTC entrevistados, sendo que, quase todos, tendem a considerar que os seus pacientes idosos estão excessivamente medicados. Da sua experiência como terapeuta de MTC na clínica da Five Branches University, onde estagiou durante a sua formação em MTC, Barbara afirma que os pacientes idosos que atendia na altura eram como uma “polypharmacy”, tão medicados que levantavam sérias dificuldades aos terapeutas de MTC. As dificuldades de tratar estes pacientes referem-se, sobretudo, à quantidade de efeitos adversos que resultam da toma simultânea destes vários medicamentos, por um lado, e ao receio da interação entre plantas da fitoterapia chinesa com a medicação alopática.

Barbara explica-me que, por este motivo, muitas vezes, os terapeutas de MTC preferem usar acupuntura à fitoterapia quando estão a tratar os pacientes idosos, e,

também por isso, ela prefere trabalhar com populações mais jovens e não tanto com os muito idosos, que tomam tantas medicações que acabam por dificultar o próprio diagnóstico da MTC, baseado sobretudo na auscultação do pulso e na observação da língua. No entanto, paradoxalmente, Barbara usa, sobretudo, fitoterapia e não tanto acupuntura com os seus pacientes idosos. Pergunto-lhe, então, porque o faz, sabendo que está a correr um risco, ao que ela responde que, no seu caso, como trabalha em parceria com um médico é ele quem assume a responsabilidade e é ele quem está a correr os riscos. Para além disso, argumenta que, se é verdade que existem poucos estudos sobre a interação entre várias plantas e os medicamentos, também existem muito poucos estudos sobre as interações entre vários medicamentos dentro da própria Biomedicina. Neste sentido, os riscos em que incorrem os terapeutas de MTC não são muito diferentes dos riscos assumidos diariamente pelos médicos na sua prática clínica com a população idosa.

Sejam quais forem as cautelas dos médicos ou dos terapeutas de MTC a respeito da questão da interação medicamentosa, observa-se, tal como foi observado anteriormente, que uma representação social negativa de alguns tratamentos da Biomedicina – assente, sobretudo, no receio dos efeitos adversos de alguns medicamentos, assim como, na rejeição de alguns tratamentos considerados mais invasivos - leva muitos pacientes a procurarem alternativas terapêuticas, numa lógica de maior ou menor complementaridade com os tratamentos propostos pela Biomedicina, assente numa frequente ocultação deste comportamento em relação ao seu médico. Nesse sentido, enquanto não se conseguir modificar essa representação social negativa dos tratamentos da Biomedicina, a que se soma uma representação social das “medicinas naturais e tradicionais” como inofensivas, sem efeitos secundários adversos, os pacientes continuarão a incorrer em riscos, impossíveis de prevenir pelos seus médicos, desconhecedores do comportamento oculto dos pacientes (cf. capítulo 3).

Em relação ao segundo ponto, que se refere às representações sociais da saúde e da doença, Barbara encontra na Antropologia a sustentação empírica para o seu argumento de que as suas pacientes foram ensinadas a pensar que estão doentes, ou seja, de que existe uma construção social da saúde e da doença. Esta construção social baseia-se em diversas representações do que significa ser saudável e do que significa estar doente, o que explica o fato de existirem variações culturais na forma das mulheres

sentirem os sintomas da menopausa. Barbara encontra as evidências desta variação cultural, de base nacional, na obra da antropóloga Margaret Lock, que analisa a forma como é vivenciada a menopausa no Japão comparativamente com os EUA (Lock, 1993).

A respeito dessa obra de M. Lock, e em concordância com ela, Barbara fala-me sobre as diferenças culturais nas manifestações de sintomas de mulheres durante a menopausa e levanta uma hipótese antropológica de trabalho interessante, que aliás já estava presente em Lock. A partir do trabalho desta antropóloga - onde se constata que a vivência da menopausa no Japão é caracterizada por uma concentração das mulheres na alteração do seu papel social, associada à transição para a velhice, no âmbito de transformações sociais e culturais recentes, ao passo que a vivência da menopausa nos EUA traduz-se numa grande concentração das mulheres americanas nos seus sintomas físicos, o que estaria relacionado com a ausência de um papel social definido e positivamente valorizado - Barbara afirma que quanto mais respeitados os idosos são numa dada cultura, numa dada sociedade, menor será o número de sintomas patológicos que apresentam.

A hipótese teórica levantada remete-nos para o estudo da importância de uma representação social positiva dos idosos e da velhice, recorrente na literatura teórica - da antropologia, sociologia e psicologia até à gerontologia - quase sempre, relacionada com a análise da relevância de um papel social positivo e bem definido para os mais idosos. É uma ideia que perpassa o paradigma do Envelhecimento Ativo e que encontra-se na sua génese: relaciona-se diretamente com o argumento da importância dos indivíduos se manterem ativos na velhice, no sentido em que a atividade configura-se como o elemento essencial da continuação do desempenho de um papel social valorizado; ao mesmo tempo que obriga a sociedade à criação de novos espaços e modalidades para os idosos estarem ativos, que resultaria na atribuição de novos papéis sociais positivamente valorizados. Consequentemente, o seu contrário - a inatividade - implica a ausência de um papel social definido e positivamente valorizado. Voltarei a esta questão da importância do papel social bem definido e socialmente valorizado, promovendo uma crítica antropológica da ênfase contemporânea na questão da atividade, mais adiante, no capítulo 8.

Em relação ao terceiro ponto, anteriormente enunciado, referente ao facto de as mulheres constituírem a maioria dos pacientes idosos que recorrem à MTC, ele decorre também de fatores de ordem cultural. Relativamente ao caso americano, Barbara conta-me que as suas pacientes falam constantemente dos seus problemas emocionais, muitos deles, concentrados em torno do seu medo e desagrado com o processo de envelhecimento. Este desagrado prende-se, sobretudo, com as modificações do corpo no que respeita à sua aparência, à beleza física, sendo que as suas pacientes idosas americanas referem, frequentemente, que já não se sentem atraentes, que já não se sentem alvo do desejo sexual do outro e que, por isso, encontram-se derrotadas, à espera da morte.

A este respeito, Barbara dá-me o exemplo do Hospital de Stanford, que, segundo ela, tinha um programa de tratamento da menopausa, todo ele concentrado em torno da cirurgia cosmética:

“E, assim, estas mulheres incorporam a mensagem de que são feias e de que são inaceitáveis. E é o que elas dizem. Que já passaram do prazo, que já não são atraentes, que os seus maridos vão fugir com uma mulher na casa dos vinte anos de idade, que apenas lhes resta envelhecer e que mais ninguém vai olhar para elas”. (Barbara, Terapeuta de MTC, Santa Cruz)

Afirma que algumas mulheres dizem mesmo que não se preocupam com ser saudáveis, apenas querem parecer jovens. Ao que Barbara costuma responder que a melhor maneira de continuarem a parecer jovens é serem saudáveis.

Esta ênfase na importância do permanecer atraente vai ao encontro do argumento que a antropóloga norte-americana Margaret Clark expunha, há 4 décadas atrás, relativamente àquilo que mais afligia os idosos: era exatamente o facto de não reunirem as várias características da cultura americana dominante, associada com a juventude, representando a sua antítese (Clark et al., 1967). O que significa que, no plano da cultura, no que se refere às representações sociais da velhice, não terá, possivelmente, mudado assim tanta coisa nas últimas 4 décadas. Continuarei com esta questão em seguida e voltarei à obra de M. Clark com maior detalhe no capítulo 8.

Para além da obra de M. Lock, à qual regressarei mais adiante, Barbara é, também, influenciada pelas ideias dos autores da designada “Narrative Medicine” (Charon, 2006; Greenhalgh et al. 1998), entre os quais refere aquela que considera ser a

sua percussora, a Susan Sontag da Columbia University, com o seu livro *Illness as Metaphor* (Sontag, 1978)

No seguimento desses autores, destacando a necessidade das pessoas atribuírem um sentido e interpretarem as suas patologias, Barbara está a escrever um livro, na sua dupla qualidade de cientista social e terapeuta de MTC, baseando-se na sua prática clínica com mulheres. A base empírica do livro consiste no seguinte: é pedido às pacientes idosas que escrevam uma narrativa pessoal sobre a sua experiência de envelhecimento dentro da cultura americana. Para Barbara, esse processo de escrita é uma parte integrante da cura das suas pacientes.

Peço-lhe, então, para que, baseando-se nas narrativas de doença que recolheu das suas várias pacientes mulheres para a elaboração do seu livro, me fale a respeito da vivência subjetiva do envelhecimento por parte destas mulheres americanas, e, também, sobre quais os principais problemas sociais e emocionais que as afligem nesta fase da vida. Barbara responde-me:

“Nesta cultura, as mulheres não vêm nada de positivo a respeito do envelhecimento. Apenas têm medo disso, odeiam esse processo. Receiam a morte e receiam o envelhecimento. Cerca de 74% dos gastos de saúde neste país são aplicados no último ano de vida das pessoas. Porque, enquanto na MTC nós somos ensinados a que é parte da função de um médico dar aos seus pacientes uma boa morte, na medicina ocidental, a morte do paciente é considerada um fracasso e, por isso, farão tudo para manter o paciente vivo. É terrível! Esse é o meu maior medo. A morte não é nada, comparado com o que te pode acontecer num hospital. E esse é um aspeto terrível da Biomedicina. É que descobriu uma forma de manter os corpos vivos, mesmo depois da mente e, possivelmente, da própria alma ter-se ido embora.”⁴⁰ (Barbara, Terapeuta de MTC, Santa Cruz)

Para Barbara, a compreensão antropológica destes aspetos serve de mais do que um mero instrumento de auxílio na elaboração do diagnóstico, para contribuir na

⁴⁰ A antropóloga brasileira Rachel Menezes, desenvolvendo a sua pesquisa antropológica dos cuidados paliativos, discute amplamente esta questão do prolongamento dos cuidados médicos que, potencialmente, impossibilitam a ocorrência de uma “boa morte”:

“Em 1999, ao pesquisar em um Centro de Tratamento Intensivo de um hospital público universitário, presenciei a morte solitária de um senhor de oitenta anos, esquizofrênico crônico, cardíaco, com câncer e múltiplas metástases, conectado a aparelhos e amarrado às grades do leito. Acompanhei diversas situações semelhantes, nas quais pacientes diagnosticados como “fora de possibilidades terapêuticas” (FPT), com prognóstico de morte próxima, faleceram com seus corpos invadidos por tubos, sem a presença de familiares” (Menezes, 2004: 15)

compreensão da patologia das suas pacientes e, potencialmente, na própria cura. Pois, é com base nela que define o próprio tratamento: para além de tratar diretamente os sintomas físicos, procura alterar as representações sociais que servem de base aos padrões culturais de comportamento em relação ao corpo, à saúde e à doença.

Da sua pesquisa sobre “narrative medicine” e da sua própria observação clínica, Barbara chegou à conclusão de que a escrita de um diário do tratamento pode levar as mulheres a tomarem uma consciência mais profunda das suas próprias perspetivas negativas e pessimistas a respeito do processo de envelhecimento e, posteriormente, mudarem. Considera que estas perspetivas negativas são, muitas vezes, determinadas pelas próprias representações sociais correntes na cultura americana. Nesse sentido, utiliza exemplos antropológicos para desconstruir as ideias das suas pacientes em relação à velhice e ao processo de envelhecimento, fornecendo-lhes evidências etnográficas de que tratam-se de representações sociais, enquadradas numa certa cultura e que, por isso, podem e devem ser transformadas:

“Sugiro alternativas, tento colocar uma semente. Uso exemplos da antropologia médica, dizendo-lhes: “Existem mulheres no Botswana que sentem-se maravilhosamente bem quando chegam à menopausa. Nesse momento podem ser tão boas como os homens, podem ser chefes, podem ser curandeiras, recebem respeito. Mesmo na medicina chinesa, a menopausa é referida como uma segunda primavera. Portanto eu planto sementes de outras culturas. Não lhes dou palestras do tipo: deverias ir animar-te e ir fazer aeróbica... Apenas digo, poderias interessar-te por isto, indicando-lhes um livro ou um “web site”. Apenas planto as sementes, dizendo-lhes que há lugares no mundo em que as mulheres se sentem bem na menopausa e onde ganham respeito.” (Barbara, Terapeuta de MTC, Santa Cruz)

Resumindo, importa assinalar quatro aspetos principais da reflexão de Barbara que relacionam-se com a importância das representações sociais (da saúde, da doença, do processo de envelhecimento e da morte) na modulação do comportamento dos pacientes:

- a construção social da doença: quando diz que as suas pacientes “aprenderam a estar doentes”;

- o papel relevante da Biomedicina na disseminação de representações sociais negativas do envelhecimento: quando destaca o sucesso de programas hospitalares, dirigidos a mulheres com menopausa, concentrados na cirurgia cosmética, como um

exemplo da forma como as mulheres interiorizam a ideia de que estão doentes e “incorporam a mensagem de que são feias e de que são inaceitáveis”;

- os medos culturais do envelhecimento relacionam-se com os medos culturais da morte e conduzem os pacientes, sobretudo mulheres, a uma série de tratamentos Biomédicos que infligem sofrimento e que são excessivamente dispendiosos: afirmando que as suas pacientes “receiam a morte e receiam o envelhecimento” e que, nos EUA “cerca de 74% dos gastos de saúde são aplicados no último ano de vida das pessoas”;

- as representações sociais negativas do processo de envelhecimento podem ser alteradas, substituídas por outras positivas na mente do paciente, tendo um impacto positivo e direto na alteração dos seus comportamentos de saúde.

A análise antropológica comparativa (“cross-cultural”) das representações sociais da velhice

Tendo em conta que, tanto no caso de Barbara, como no caso de Eleanor, a perspetiva de ambas estas terapeutas de MTC a respeito da população idosa que recorre à MTC é, em grande medida, fundamentada pela sua experiência no tratamento de mulheres em menopausa - assinalando que, pelo menos no contexto americano, a procura de um tratamento para a sua sintomatologia constitui uma das motivações fundamentais para o recurso à MTC - considero de especial relevância uma análise crítica da obra *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*, da influente antropóloga norte-americana Margaret Lock, como um exemplo da análise antropológica comparativa (“cross-cultural”) das representações sociais da velhice (Lock, 2003). Até porque, tal como foi descrito anteriormente, Barbara baseia-se em alguns dos argumentos principais desta obra para dar forma à sua prática clínica de MTC.

Assim, partirei de uma análise crítica dos seus pressupostos teóricos fundamentais, para aprofundar a discussão que tenho vindo a desenvolver a respeito da importância das especificidades culturais de cada contexto, na determinação dos comportamentos de saúde da população idosa. Desta forma, o que estará em equação é: qual a importância da cultura particular de cada contexto - no que se refere, sobretudo,

às representações sociais do envelhecimento - para os comportamentos de saúde da população idosa e, assim, para a efetiva implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo?

Margaret Lock faz, como foi referido anteriormente, uma análise comparativa entre os EUA e o Japão no que respeita ao que designa por “Mitologias da Menopausa”, um conceito que me parece corresponder, sensivelmente, ao de representações sociais, tal como este foi anteriormente definido. Fá-lo a partir da própria história destas “mitologias”, mas, também, relativamente ao momento presente, procurando cruzar esta análise com a das vivências subjetivas da menopausa, por mulheres americanas e japonesas.

É oferecida uma explicação para o processo de “medicalização” da menopausa, o mesmo de que nos falava Barbara quando falava da excessiva medicação prescrita a estas pacientes. No mesmo sentido das palavras desta terapeuta de MTC, que à obra de M. Lock foi buscar a sua inspiração, a antropóloga aponta para a Biomedicina como um centro difusor de representações sociais negativas do envelhecimento, que têm impactos diretos na sua vivência subjetiva e nos comportamentos de saúde dos sujeitos, neste caso, das mulheres em menopausa.

Neste sentido, a autora começa por criticar o argumento disperso pelas ciências biológicas de que a mulher é o único animal entre os primatas mais evoluídos a viver largos anos para lá da menopausa, sempre que este argumento conduz à ideia de que o único propósito “natural” da vida da mulher é a reprodução da espécie: uma vida longa para lá do período reprodutivo constituiria, assim, uma “anomalia” que justifica uma “medicalização” da menopausa, assente num discurso médico (cuja presença a autora deteta na análise dos principais jornais médicos internacionais), que tende a compreender a menopausa como falência do funcionamento dos ovários, enfim, como se de uma patologia se tratasse. Desta forma, os clínicos são chamados a intervir.

A questão principal subjacente à discussão da menopausa tem sido o envelhecimento das mulheres que, em breve, irão tornar-se um fardo para a sociedade, no que se percebe como esta questão da vida prolongada para lá do período fértil das mulheres se relaciona tanto com as dimensões reprodutiva da espécie como produtiva da sociedade: equacionando o rácio de mulheres em idade ativa sobre número de mulheres

em situação de dependência e abrindo a discussão sobre modelos de sustentabilidade do Estado Social. Neste sentido, a discussão em torno da menopausa relaciona-se diretamente com a discussão em torno do envelhecimento como problema social que, como vimos anteriormente, encontra-se na base da emergência do paradigma do Envelhecimento Ativo. No meu entender, tanto a excessiva medicação da menopausa, a “polypharmacy” de que nos falava Barbara, como a promoção dos estilos de vida saudáveis, assentes na responsabilidade individual sobre a saúde, ambos os processos correspondem ao que pode ser considerado uma “medicalização” da velhice, ainda que o primeiro conduza à dependência e passividade, e o segundo procure promover uma postura ativa. Este argumento foi anteriormente desenvolvido no capítulo 3.

M. Lock analisa o debate científico em torno do tratamento hormonal da menopausa, encontrando estudos com resultados contraditórios e identificando os interesses económicos das farmacêuticas envolvidas. Conclui que, apesar de se basearem numa abordagem ao corpo alegadamente científica e objetiva, os conhecimentos produzidos por diferentes disciplinas, das ciências básicas à epidemiologia (a que se somam as abordagens da psiquiatria, psicologia, e das ciências sociais), são contraditórios entre si e não são necessariamente compatíveis com as experiências subjetivas do envelhecimento. Estas diferentes abordagens não conduzem, normalmente, à problematização do próprio corpo, que é tomado como realidade universal.

Procurando contrariar esta tendência, a autora propõe o conceito de “biologias locais” (“local biologies”), apontando para a ideia de que não existe apenas um substrato biológico comum entre América do Norte e Japão, que seria moldado pelas particularidades culturais, mas que, na verdade, existem certas variações biológicas, resultantes de um processo dialético constante entre biologia e cultura.

Eis o argumento central da obra de M. Lock. Por um lado, a ideia de que o conhecimento acerca do corpo e portanto da menopausa é um produto da história e da cultura que muda de contexto para contexto e que, por isso, tem de ser compreendido como uma experiência local. Por outro lado, a ideia, contida no conceito de “local biologies”, da possibilidade de existirem diferenças biológicas dentro de populações e entre populações, associadas a complexas ideias e comportamentos culturais. Ou seja,

não se pode assumir a universalidade de um corpo em menopausa (“menopausal body”) nem de uma mulher em menopausa (“menopausal woman”). A autora escreve contra o reducionismo biológico que considera a experiência subjetiva irrelevante, quando comparada com o conhecimento científico que representa objetivamente a realidade. Mas esta crítica não a leva a suportar a ideia, dominante nas ciências sociais, de uma variação cultural sobre uma biologia comum. Admite mesmo a possibilidade de existirem variações endócrinas que afetem a vivência da menopausa no Japão e na América, avançando com a proposta teórica de que a biologia contribui para a determinação da cultura, mas que, simultaneamente, ao longo do tempo, a cultura molda a biologia.

Como resultados da investigação, encontramos o Japão e os Estados Unidos como dois modelos culturais diferentes no que respeita à representação social do envelhecimento com consequências na vivência subjetiva da menopausa: o grande enfoque na juventude e no querer permanecer jovem próprio das mulheres na sociedade americana; a preocupação com a entrada na velhice, fortemente relacionada com alterações das relações familiares, na sociedade japonesa.

Nesta distinção entre dois modelos culturais no que respeita às representações da velhice e do processo de envelhecimento, M. Lock vem destacar o impacto negativo da Biomedicina na vivência subjetiva da velhice, através da sua “medicalização”, que conduz a uma concentração excessiva das mulheres americanas nos sintomas da menopausa, dificultando o seu sucesso no processo de envelhecimento. Contrastando o caso americano, com o caso japonês, onde este efeito nefasto da Biomedicina não se faria sentir, em parte pela influência da existência de um modelo cultural assente em representações sociais da saúde próximo do da MTC, as mulheres japonesas parecem viver a menopausa fora deste quadro de intensa “medicalização” que caracterizaria as mulheres americanas.

Pois, no que respeita à realidade japonesa, a análise de Lock revela-se atenta às recentes transformações sociais: além da dimensão cultural, para compreendermos a vivência subjetiva da menopausa, argumenta a autora, é importante termos em conta as recentes transformações sociais e da estrutura familiar no Japão. Esta geração de mulheres de meia-idade encontra-se numa encruzilhada, entre um modelo tradicional,

no qual foram criadas, onde se espera que tomem conta dos velhos, e um modelo emergente, em que já não esperam poder contar que as suas filhas cuidem delas. Neste cenário, a importância das redes de amizade cresce, com as mulheres a imaginarem situações futuras de partilha de uma mesma casa com amigas viúvas, em situação idêntica. Pedindo às mulheres para falarem sobre a menopausa, são estes temas que, sobretudo, as preocupam (envelhecimento, alteração de modelos de relações sociais) e, quase nada, os sintomas associados ao fim da menstruação, ao contrário da grande importância que assumem nos questionários realizados na América.

Por outro lado, o modelo cultural japonês, que a autora argumenta ser de inspiração confucionista é ambivalente em relação ao envelhecimento: os idosos são ao mesmo tempo respeitados e ao mesmo tempo vistos como “mimados”, no sentido em que, libertos dos constrangimentos das relações sociais e familiares, podem expressar-se livremente. Em consonância com esta ideia, algumas mulheres mostram contentamento com as liberdades adquiridas com a idade, não tendo que se prestar de forma estrita à tradicional reserva feminina. Mas, no entanto, têm receios quanto à sua saúde na terceira idade, em relação a quem tomará conta delas quando estiverem mais dependentes e em relação a elas mesmas terem de tomar conta de idosos dependentes (o que limitaria fortemente esta situação de liberdade na terceira idade, tal como, efetivamente, acontece na maioria dos casos).

Também, diz a autora, é importante termos em consideração o conhecimento local do corpo: a representação do corpo no Japão inspira-se na terminologia tradicional do *yin* e *yang*, em que a saúde é vista como um processo contínuo, referente à alteração de equilíbrios em mudança constante. A autora aponta para a ideia de que no Japão, neste tipo de representação, é estabelecido um paralelo entre os equilíbrios necessários à saúde do corpo e os equilíbrios necessários à saúde das relações familiares e sociais. Neste sentido, acredita-se que o corpo é constituído por partes que, tal como na sociedade envolvente, contribuem para o bem-estar geral. Como resultado desta representação, as mulheres japonesas, e a própria M. Lock com elas, pensam que, durante a menopausa, a contribuição para o bem-estar dos familiares distrai as mulheres dos seus sintomas.

Limitações da análise antropológica “cross-cultural” do problema social do envelhecimento

A primeira crítica que poderíamos mover à obra de M. Lock é de cariz metodológico e diz respeito ao facto de notar-se uma ausência das vozes das mulheres americanas no seu estudo, conhecidos os seus pontos de vista apenas através de estudos quantitativos, que são criticáveis (e criticados pela própria autora) pelo facto de se concentrarem na média, numa abstração geral da experiência de pessoas concretas, que fica, assim, descontextualizada. Como a autora faz um contraste com a experiência japonesa, mas, neste caso, contextualizada pela recolha e análise das histórias de vida, esta parece ser uma falha importante da sua obra. Pois, contrastando as vozes das mulheres americanas e japonesas na sua experiência subjetiva da menopausa e do envelhecimento, se tivessem sido recolhidas e analisadas as histórias de vida de mulheres de ambos os contextos, talvez encontrássemos mais continuidades e pontos de contato do que permanecendo na comparação dos discursos culturais dominantes.

Ou seja, não apenas relativamente a esta obra, mas relativamente à presente dissertação, e na sequência do que tenho vindo a argumentar, a questão que se coloca é a da assimilação das representações sociais da velhice e do processo de envelhecimento, presentes numa dada cultura: até que ponto estas são incorporadas pelos sujeitos, dando forma à sua visão do mundo e, da maior importância para esta investigação, moldando os seus comportamentos relativamente à sua saúde?

Levanta-se a hipótese de que a concentração excessiva nos sintomas físicos, que se pode observar nas mulheres americanas, na obra de M. Lock, resulte da aplicação dos próprios questionários e que se, tal como foi feito com as mulheres japonesas, houvesse uma contextualização destes resultados recorrendo às histórias de vida, talvez emergissem os mesmos e outros temas que preocupam as mulheres japonesas, das transformações das relações familiares ao envelhecimento como motivos dominantes. Esta hipótese aparece bem sustentada pela investigação de Arthur Kleinman que, enquanto antropólogo e simultaneamente psiquiatra, reflete sobre a forma como os relatos dos sintomas físicos, tantas vezes, representam um idioma para expressar um sofrimento mais amplo, que só pode ser compreendido na sua plenitude quando

compreendidas as dimensões económica, social e cultural do contexto de vida do paciente, justamente através da recolha das narrativas de doença (Kleinman, 1988).

Aparece, também, de uma forma bem evidente na obra de Lawrence Cohen, *No Aging in India. Alzheimer's, the Bad Family, and other Modern Things*, de 1998, extremamente relevante, na presente discussão, pelo que tem de semelhante e de diferente com a de M. Lock. Também se trata de uma comparação entre os EUA e um país oriental com uma cultura distinta, neste caso a Índia, com consequências na vivência particular da sua população em relação ao processo de envelhecimento, mas, neste caso, concentrando-se na análise da origem e expansão da categoria biomédica (tendencialmente universal) referente à doença de Alzheimer. Sem rejeitar em absoluto as explicações de tipo cultural, que destacam, por exemplo, o individualismo norte-americano face à maior importância das relações sociais na Índia, determinando duas formas diferentes de perspetivar a velhice e de lidar com a senilidade (uma interpretação bem semelhante à de M. Lock, no que respeita à menopausa), para L. Cohen, este tipo de explicação obscurece um outro tipo de fatores, muito relevantes para a compreensão destas questões. Procurando não opor a Índia e a América como se de dois blocos culturais se tratasse, o autor apresenta estudos que destacam a importância das relações sociais como fator determinante, também na América e não só na Índia, para a forma como se lida com a doença de Alzheimer: refere-se, por exemplo, a estudos que indicam que a efetivação de um diagnóstico da doença de Alzheimer está mais relacionado com os níveis de “stress” da família do paciente – que, muitas vezes, rejeita o diagnóstico até ao momento em que considera que não consegue mais desempenhar eficazmente o papel de cuidadora - do que com o resultado de um exame médico às faculdades mentais (Cohen, 1998).

É o mesmo tipo de hipótese que melhor se adequa aos dados recolhidos no âmbito da minha própria investigação. A partir destes, observa-se que a frequente concentração dos pacientes idosos que procuram a MTC nos seus sintomas físicos, a enorme recorrência de patologias relacionadas com o aparelho locomotor, aparece, em muitos casos, como uma forma de expressão do sofrimento emocional e psicológico relacionado com questões que se prendem com o entorno social. Refiro-me em particular a tudo aquilo que foi argumentado a respeito da importância do capital social para o desenvolvimento de uma postura ativa perante a saúde, baseando-me nos

diferentes casos empíricos que o exemplificam, assim como, àquilo que foi dito em relação às consequências nefastas da ausência deste capital social que, traduzida no isolamento social e num forte sentimento de solidão, remete os terapeutas de MTC para a importante tarefa de “tratarem” os seus pacientes com afeto e carinho, administrando um tratamento baseado em “TLC” (Tender-Loving-Care), numa expressão emblemática enunciada por uma terapeuta de MTC californiana:

“Acontecia regularmente receber muitos pacientes idosos durante o período das festas de Natal e outros momentos de tradicional reunião familiar. Nessas alturas, tinha de lhes dar mais daquilo que é chamado TLC, “Tender-Loving-Care”, e atenção e o abraçar. Fazes as coisas com mais calma, desde o momento em que se estão a despir até ao momento em que de deitam na marquesa. Tens de ser paciente!”
(Terapeuta de MTC, Santa Cruz)

No meu entender, ainda que, em M. Lock, o retrato norte-americano fosse aprofundado por uma análise mais minuciosa das narrativas da vivência subjetiva da menopausa, tal como foi feito para o caso do Japão, existiria, ainda assim, um problema relevante por resolver neste tipo de análise: a forma como reifica o Japão e a América como dois grandes blocos culturais, distintos entre si, mas homogêneos internamente. E esta é a principal crítica que me importa mover à sua obra, sobretudo, pelas suas consequências a respeito das limitações da utilização do conceito de cultura. Pois, ainda que a autora tenha procurado diversificar a composição social da sua amostra, os seus resultados apontam para um retrato geral comum às mulheres japonesas, pintado a traços largos, independentemente da provável ocorrência de importantes variações internas à amostra, no que se refere à forma como as classes mais ricas e privilegiadas, face às classe mais desfavorecidas, referem-se ao seu corpo e aos problemas dos contextos sociais que habitam, que não podem ser os mesmos e que dão sentido aos sintomas físicos reportados. Voltarei a este argumento mais adiante, quando na análise da importância do capital económico para a saúde da população idosa (cf. Capítulo 7).

O outro ponto essencial da minha crítica, relacionado com este anterior, diz respeito ao papel atribuído por M. Lock à Biomedicina. Pois, na sequência daquilo que foi argumentado anteriormente, a Biomedicina, através da emergência de uma nova saúde pública, representa um papel de especial relevo na consolidação de uma “Salutocracia” que, através da moralização dos estilos de vida, que se pretendem saudáveis, corresponde tanto a uma “medicalização” da velhice, como a relegação da

população idosa ao papel passivo de consumidores de uma excessiva medicação (cf. capítulo 3). No final, as consequências desta nova forma de “medicalização” podem inclusivamente ser mais devastadoras. Pois, ao passo que a primeira forma pecava pela excessiva medicação de problemas de origem social e psicológica, como se de meros problemas físicos se tratassem, esta segunda forma de “medicalização”, tende a apresentar o mesmo desdém pelos fatores sociais determinantes da saúde, resumindo-se à esfera da transformação do comportamento individual, com a agravante de que, em vez de apresentar qualquer tipo de assistência médica, ainda que fosse indevida, ao responsabilizar os sujeitos pela sua saúde, corre o risco de culpabilizá-los pelas suas doenças.

Procurando aqui unir o que em M. Lock aparece separado em dois polos culturais distanciados, só através de uma análise cuidada das continuidades/diferenças entre as experiências subjetivas das mulheres americanas e japonesas é que poderíamos avaliar a pertinência do conceito de “biologias locais”. Ou seja, proposto este conceito como explicação possível da existência de resultados bastante discrepantes ao nível dos sintomas associados diferentemente pelas mulheres japonesas e americanas à menopausa, só uma análise comparativa das experiências subjetivas dos dois grupos de mulheres, tendo em conta o seu contexto social, económico e cultural de origem, nos poderia esclarecer a respeito da importância da componente biológica (uma eventual variação endócrina, como sugere a autora) face à componente cultural (eventuais idiomas de expressão somática distintos entre os dois grupos). Para além disso, é algo bastante complexo avaliar a existência de uma biologia local porque, sem descartar esta hipótese, há uma série de outros fatores sociais e culturais que interferem com o desenrolar da doença (e a perceção dos sintomas) e do próprio tratamento.

Por exemplo, foram feitos estudos que apontam para a existência de variações culturais no efeito placebo quando medido entre diferentes nações (Moerman, 2000). No entanto, apesar dos dados que apontam, por exemplo, para valores muito baixos no que se refere ao efeito placebo no tratamento das úlceras do estômago no Brasil e para um efeito placebo muito elevado na Alemanha, Daniel Moerman, em vez de avançar com explicações de tipo biológico, aponta para fatores de ordem social e cultural e

relativos às diferentes tradições dentro da própria Biomedicina, que, precisando ser testados, poderão ser explicativos destas diferenças entre nações⁴¹.

Muitos destes fatores, determinantes para o tratamento dos pacientes, poderiam ser transportados para a discussão a respeito da variação cultural da vivência subjetiva da menopausa, uma vez que me parece pertinente pensar que a existência de tradições médicas diferentes entre Japão e América, os níveis de adesão à terapêutica, as ideias das mulheres a respeito da fase da vida que estão a atravessar e a percepção subjetiva dos sintomas, todos estes aspetos, parecem relevantes para a explicação das diferenças entre a vivência da menopausa no Japão e nos Estados Unidos.

Associada às evidências da capacidade de escolha dos pacientes entre diferentes ofertas terapêuticas, deve-se questionar os limites da incorporação das representações sociais negativas da velhice que, segundo Lock, são promovidas pela Biomedicina. Aceitaria a ideia de que a concentração no relato de sintomas físicos possa corresponder à assimilação de uma representação da menopausa como se de uma enfermidade se tratasse e, que, por isso, deve ser corrigida, ou seja, “medicalizada”. No entanto, o relato de sintomas físicos pela população idosa corresponde, muitas vezes, como disse anteriormente, a um idioma de expressão do sofrimento emocional, psicológico e social subjacente.

Neste sentido, parece-me mais pertinente pensar que, através do idioma dos sintomas físicos, não estarão as mulheres americanas a expressar algumas das mesmas preocupações com as suas relações familiares e outras questões relacionadas com o seu

⁴¹ Por um lado, a existência de uma tradição holística na Biomedicina tal como esta é praticada na Alemanha (com uma maior preocupação, relativamente a outros países, com o equilíbrio emocional e o bem-estar dos pacientes, traduzida no costume de recomendar os tratamentos em SPA, cobertos pelo serviço nacional de saúde; o uso extensivo de fitoterapia); por outro lado, é importante notar que a variação em relação ao efeito placebo acontece de forma diversa em relação a diferentes doenças (consideradas mais ou menos relevantes pelos médicos e populações dos diferentes países); também, existem dados que indicam que a adesão à terapêutica (e, portanto, também ao tratamento com placebos) é distinta em diferentes países, o que pode explicar o sucesso dos tratamentos; para além de que podem verificar-se grandes diferenças na relação entre médico e paciente e nas perspetivas dos pacientes a respeito das doenças, nos diferentes países.

entorno social, de uma forma semelhante às mulheres japonesas, ainda que com as suas variações específicas contextuais?

Da análise “cross-cultural” à análise social das desigualdades individuais na detenção de capital cultural

Referi-me anteriormente ao caso de uma paciente idosa, descrito por uma terapeuta de MTC de Lisboa, em que, apesar da existência de elevados níveis de capital cultural e económico, devido baixo índice de capital social, verificava-se uma ausência de participação em atividades coletivas, associado a um profundo sentimento de solidão.

No entanto, os dados reunidos ao longo da minha investigação permitem-me afirmar que, recorrentemente, a detenção de capital cultural e económico são alguns dos principais fatores determinantes, quer da definição de uma postura ativa do sujeito em relação à sua saúde, quer do seu “engajamento ativo com a vida”, ainda que no caso desta paciente tal não se tenha verificado. Procurarei, em seguida, evidenciar a importância da detenção de um elevado nível de capital cultural, deixando para mais adiante a análise da importância do capital económico (cf. Capítulo 7).

Se até este momento, a partir da análise do caso de Barbara, associado a Santa Cruz, na Califórnia, discuti a importância da cultura particular deste contexto – como uma espécie de capital cultural de transmissão local – na delimitação do recurso da população idosa à MTC, assim como, para a sua adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual pela saúde, chegou o momento de aprofundar a análise da importância do capital cultural, no sentido da sua distribuição desigual entre a população idosa. Ou seja, não se trata de analisar locais, regiões (ou países, como no caso de M. Lock), mas de analisar a heterogeneidade da população idosa que, em cada um dos contextos investigados, apresenta uma distribuição desigual dos níveis de capital cultural.

Para o fazer temos de nos distanciar da noção de cultura no sentido de representações sociais coletivas dominantes, para nos aproximarmos diretamente da noção de capital cultural de Pierre Bourdieu, como “*habitus*” incorporados. Desta forma, estaremos a discutir, já não a importância das representações sociais da velhice,

da saúde e da doença, e os possíveis impactos benéficos da sua transformação positiva nos comportamentos de saúde da população idosa de uma forma genérica (como é a expectativa da terapeuta Barbara com as suas pacientes de MTC; e, num plano mais geral, a do Parlamento Europeu, em relação aos seus cidadãos, na tentativa de promoção de uma “cultura do envelhecimento ativo”, cf. Capítulo 1), mas sim, a forma como a detenção de um certo nível de capital cultural - no seu estado incorporado, objetivo e institucionalizado – é determinante para a definição dos hábitos de vida de cada indivíduo, assim como, da possibilidade de este vir a alterá-los no sentido da adoção de um estilo de vida saudável.

Num contexto presente de “Salutocracia”, em que a Biomedicina coloca uma, cada vez maior, ênfase na promoção de saúde e na prevenção da doença (cf. capítulo 3), no meu entender, podemos compreender a multiplicação de informação sobre saúde nos dias de hoje, como uma forma de capital cultural no seu estado objetivo (desde a ampla informação de divulgação institucional, até outro tipo de informação divulgada na internet, nos jornais, etc.), pois, o capital cultural em estado objetivo é transmissível na sua materialidade (Bourdieu, 1986). Mas, tal como outras formas de capital cultural enunciadas por Pierre Bourdieu (objetos e meios materiais, como a escrita, pinturas, monumentos, instrumentos, etc.), a informação sobre saúde precisa não apenas de ser acessível como de ser apreensível. Ora, a apropriação do sentido correto dessa informação sobre saúde – a apropriação simbólica do capital cultural, tal como descrevera Bourdieu – depende, não apenas do acesso a essa informação, como da detenção de um certo nível de capital cultural prévio (incorporado). Sendo que a distribuição desse capital cultural incorporado, que permitiria a correta apropriação das informações sobre saúde, é desigual, não se pode esperar que pela mera divulgação de informação, se verifique uma igual possibilidade de alteração dos comportamentos de saúde em todos os indivíduos. O caso que apresentarei em seguida, permitir-me-á evidenciar este argumento.

Sara

Com 79 anos de idade, na data da nossa entrevista, Sara mora no bairro rico do Leblon, na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, considerada a zona nobre da cidade.

Tanto ela como o seu marido foram professores universitários durante toda a vida até se reformarem.

Sara estudou Letras na Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC), uma prestigiada Universidade privada. Depois de terminar o seu curso, numa altura em que ainda não sabia bem o que queria fazer em termos profissionais, procurou adquirir formação complementar específica, que lhe permitisse trabalhar como bibliotecária. No entanto, esta experiência profissional não foi do seu particular agrado e é só depois de já estar casada que, ficando a saber da abertura de um recém-criado curso de História de Arte de 8 anos de duração na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), viria a ingressar naquela que seria a sua área académica de eleição. Quando, após terminar o curso, se tornou professora na UERJ, Sara lecionou a cadeira de Arte Oriental:

“Eu sempre gostei da filosofia oriental. Eu já tinha lido alguns livros sobre budismo, sobre taoísmo, sobretudo filosofia chinesa. Aí fiz uma formação muito esquisita, porque, na impossibilidade de eu ir para a China, porque nessa altura a China comunista era muito fechada, eu descobri o Museu Guimet, em Paris, que é especializado em arte oriental. E aí fui algumas vezes a Paris e foi lá que eu peguei bibliografia, estudei, fiz uma formação autodidática e eu acho que é desde essa época que eu tenho esse gosto... e também a crença de que a medicina chinesa é excelente!

Na China tudo está ligado, nada é separado. Nem arte, nem filosofia, nem medicina, nem ciência, tudo é uma unidade. Nessa ocasião, eu não procurei nada ligado à China para me tratar nem nada. Mas, estudei muito, me dediquei muito à disciplina. Na UERJ, eu fui a titular da disciplina durante todos os anos que eu estive lá e estudei sério. Mas estudei muito toda essa parte da filosofia porque sem essa parte você não sabe nada de nada sobre lá. O interessante é que, anos mais tarde, eu acabei por ir à China, porque a minha filha é casada com um oficial de marinha e na ocasião ele foi designado como adido na China. E ela foi, ela e as minhas netas foram morar na China e é claro que eu fui lá, morria de saudade e tal... e foi aí que eu conheci a China.”

No âmbito da minha investigação sobre o recurso da população idosa à MTC, não poderia deixar de notar a especial pertinência deste meu encontro com Sara que, sendo paciente de MTC é, também, uma estudiosa da arte da China e, assim, como ela própria explica, da sua cultura, filosofia e da sua medicina. Este aspeto não é apenas anedótico. Pois, o caso de Sara evidencia como o conhecimento dos princípios teóricos da MTC favorece a adoção de uma postura ativa do paciente sobre a sua saúde. Algo que, aliás, ficou já evidente através da análise dos casos anteriormente descritos, dos instrutores voluntários de Chi Kung do grupo de Oeiras que, à medida que

aprofundaram os seus conhecimentos teóricos sobre os princípios básicos da MTC, que regem a prática do Chi Kung, comprometeram-se, cada vez mais, no desenvolvimento de uma postura ativa e de responsabilidade individual sobre a sua saúde, que deveria culminar na promoção da saúde de outros, através do ensino.

No caso de Sara, a relação entre o acesso à informação, quer relativamente à MTC, quer relativamente à Biomedicina, e o desenvolvimento de uma postura ativa e responsável do paciente sobre a sua saúde, torna-se muito evidente. Ao ponto dela mesma afirmar que uma pessoa melhor informada tem mais probabilidades de sobreviver a qualquer problema de saúde:

“Com todo o médico, eu gosto de me informar! É isso que eu faço com os médicos, desde que eu tive um problema há mais de 20 anos, em que eu fiquei com muito medo, que foi um caroço no seio. E eu fiquei com muito medo de vir a ter um outro. Toda a mulher tem esse problema de ver um nódulo e fica apavorada. Aí eu fui a um especialista e conversei muito com ele e ele me explicou o autoexame bem, me explicou as diferenças de caroço, me deu uma aula e eu saí de lá mais tranquila. Porque eu cheguei à conclusão de que a pessoa bem informada, ela tem mais chances de sobreviver! Se eu sei os sintomas de determinada coisa, eu sei se eu tenho de correr ao médico ou não.

Então, eu, desde essa época, eu sempre passei a estar ligada. Então, depois disso eu nunca mais tive nada, porque ele inclusive me explicou que essa era uma questão muito de DNA. Se eu não tinha nenhum caso na família, era bem provável que eu jamais tivesse problema nessa área. Ainda houve uma altura em que eu andava bem preocupada com esse assunto, mas depois esqueci. Hoje em dia vou uma vez por ano à Ginecologista. Então, cada problema que surge, eu trato desse jeito.”

A vontade de recolher informação, com a qual procura fundamentar as suas escolhas em termos de recursos terapêuticos e, sobretudo, a capacidade de a interpretar decorre do elevado nível de capital cultural apresentado por Sara. Ela aponta precisamente esta capacidade como o fator fundamental para controlar aquela que considera ser a sua única doença, a hipertensão:

“Realmente eu não tenho doença! A única coisa que eu tenho é que eu sou hipertensa. Mas, isso desde que a minha neta mais velha tinha 2 anos, ela vai fazer 20. Mas, eu aprendi a lidar com a Hipertensão. Primeiro, me informando!

Eu tenho um excelente cardiologista. Um cara com que eu converso. Tem médico que conversa e médico que não conversa para mim não serve. Então, Fernando, o meu cardiologista, inclusive hoje em dia, depois desses anos todos é meu amigo.

Então, no início da hipertensão eu ia para o Hospital, por 18, por 12, eu dizia: “Eu tenho de correr no hospital!”, porque me sentia mal e tinha de tomar injeção na veia para baixar a pressão, era aquele stress horrível. Aí eu disse: “Fernando, o que é que eu faço quando eu sinto que a minha pressão alterou?” Aí, ele me ensinou remédio que eu tinha de tomar, em quanto tempo deveria baixar a minha pressão, eu comprei um ótimo aparelho de medir a pressão, numa viagem que eu fiz aos Estados Unidos, em que naquela época não tinha por aqui, eu trouxe um ótimo de pulso. E eu dei uma sorte. Eu sinto quando a pressão está alterada. Aí eu posso estar em qualquer lugar do mundo, isso já aconteceu até em aeroporto. Eu tiro a pressão e vejo que está alta, eu já não fico nervosa. Tomo o remédio, espero um pouco, tiro de novo, ela baixou, está tudo bem! E o que causa pressão alta para mim é sal, comida salgada. E com isso eu nunca mais fui parar em Hospital. Eu controlo a minha pressão!”

Contrastando com a sua aprendizagem em relação à sua doença, Sara descreve-me as dificuldades da sua empregada doméstica em controlar a sua tensão arterial. Algo que se deve, por um lado, à sua falta de capital cultural – sendo que Sara teve de lhe explicar a forma correta de medir a sua pressão arterial – e, por outro lado, à sua falta de capital económico – que a impede de recorrer a um especialista que lhe dedique o mesmo tempo e atenção que o de Sara, diminuindo a qualidade dos cuidados médicos prestados:

“Não só controlo a minha pressão, como ensinei para a minha empregada. A minha empregada estava com um problema seríssimo de pressão, não resolvia. Aí, eu liguei para o meu cardiologista, ele deu o remédio adequado para ela e botei um aparelho de pressão para ela. Se ela tiver qualquer dúvida, ela tem o aparelho para tirar a pressão dela e controlar.

O médico dela deu um remédio mas a pressão não baixava. Eu descobri uma noite que ela estava com 20 por não sei quanto... fiquei apavorada. Aí falei com o Fernando e ele me disse que no caso dela, as pessoas de cor, elas têm resistência a remédios e que só tinha um que iria fazer efeito. Aí o meu marido correu na farmácia, trouxe e aí duas horas depois a pressão dela normalizou. Não há nada como um bom médico! É outra coisa que eu levo muito em conta. As pessoas que não têm recursos infelizmente morrem porque não têm acesso a uma boa medicina. Isso é muito triste! Porque eu acho que a vida, porque eu acredito que só tem essa, eu acho que não é para o pessoal andar à toa, fazendo passeata. É uma área muito séria, em que precisa que um bom médico salve a pessoa.”

Como transparece das suas próprias palavras, Sara estabelece relações de confiança com os profissionais de saúde, seja a sua médica-acupuntora, a sua dentista, ou o seu médico cardiologista, que tornam-se autênticas relações de amizade:

“Eu considero a Cláudia, a minha médica-acupunturista, como a minha médica clínica. Porque ela é muito boa! De diagnóstico. De tudo! E eu fui para ela porque a minha dentista, que também é outra grande médica, ela comentou comigo: “Poxa, perdi 14 Kilos, fui fazer acupuntura acabei perdendo 14

Kilos!” e eu disse “Tou querendo perder peso!” e aí ela me deu o endereço da Cláudia. Isso foi há uns 2 anos e meio atrás.

Cheguei lá e disse: “Pois é, eu estou com dificuldade em emagrecer!” e ela disse assim “Olha, eu não faço acupuntura para emagrecer! Eu trato as pessoas! Mas, se você se tratar e se equilibrar, suas chances de emagrecer aumentam.” Porque eu não estava conseguindo emagrecer, porque com a idade vai ficando tudo mais lento, o metabolismo. Ai, de início, eu ia lá toda a semana, porque eu me dou bem e depois eu gosto de conversar com ela. Eu acho que a acupuntura me deu nesses dois anos melhor qualidade de vida. E outra coisa que eu ganhei foi a Cláudia, como pessoa. E essa coisa de gostar das pessoas é tão bom. Eu ganho e adoto as pessoas. Vou adotando! Essa coisa de você transformar em amigos essas pessoas que você vai encontrando, terapeutas, médicos viram amigos!”

Parece-me que estas relações de amizade fundamentam-se, por um lado, nas suas próprias qualidades humanas, capazes de gerar intensa empatia, mas, também, pelo fato de haver um nivelamento em termos de capital cultural entre Sara e os seus médicos, o que pode ser, em si mesmo, um elemento fundador dessa empatia. A este propósito, recordo aqui a revisitação à obra de Pierre Bourdieu, feita anteriormente, quando este autor assinalava como, numa sociedade de classes, a incorporação dos *habitus*, dotando o mundo de sentido, traduzia-se numa correspondência estatística entre as posições sociais dos sujeitos e as pessoas às quais se associam de uma forma duradoura (amigos, cônjuges, conhecidos).

Dessas relações sociais de amizade com os seus médicos, que me parecem, fundadas, pelo menos até certo ponto, na detenção do seu elevado capital cultural, podem advir importantes consequências positivas para a saúde de Sara, assentes num tratamento privilegiado, no que respeita à quantidade de tempo e de informação disponibilizados pelos seus médicos, tanto no caso do seu médico cardiologista, como no caso da sua médica-acupuntora:

“Por exemplo, esse meu médico cardiologista, ele atende o doente de hora em hora. Ele leva 40 minutos conversando com o paciente e depois é que ele te examina. Ele, geralmente, faz um diagnóstico enquanto ele bate papo. Porque cardiologia é uma área que tem a ver com o emocional. Então, ele quando termina o papo, ele diz eu acho que eu já sei. O médico bom é assim! O meu médico do joelho foi a mesma coisa. Conversou, conversou, conversou e disse assim eu acho que eu já sei! E, só aí, é que ele me examinou. E aí é que ele pediu exames. Só para confirmar! É diferente! Você pedir exame para confirmar. Ou você pedir exame para saber o que é que é!

E o meu cardiologista é assim, se eu sentir qualquer mal-estar a qualquer hora do dia eu ligo para ele, ele é o meu pronto-socorro. Ele mesmo diz para mim: “Eu sou o seu pronto-socorro!” Então, isso aí dá à gente uma segurança, uma qualidade de vida, tudo! É como a Cláudia também!”

Assim, observa-se que a detenção de elevado nível de capital cultural pode conduzir a um reforço de capital social - nomeadamente através de uma ampliação das redes de relações interpessoais com especialistas da área saúde, já que é na esfera das relações de amizade que se incluem hoje os médicos de Sara - com consequências benévolas sobre a saúde dos sujeitos.

Este aspeto é, igualmente, evidenciado pela forma como Sara viveu a década dos 60 anos que, para muitos, constitui o período em que acabam por se reformar. Sendo que, dada a sua profissão intelectual, a sua idade não era impeditiva de continuar a trabalhar e sendo que, precisamente devido ao seu elevado capital cultural, ela apresentava competências que continuavam a interessar ao mercado de trabalho, neste caso ao ensino universitário, Sara continuou a dar aulas até aos invulgares 77 anos de idade:

“Eu passei a vida inteira trabalhando com jovens na Universidade. Primeiro na UERJ e depois que eu me aposentei da UERJ, eu ainda tinha sessenta e poucos anos, e aí eu me senti desempregada e não aposentada. E aí uma colega minha lá da própria UERJ me perguntou: “Você não quer vir trabalhar lá na Unicarioca?”, que é uma universidade particular. E eu disse: “Ai quero!” e então fui para lá. Fui para ficar lá uns 5 anos e fiquei 14! Me aposentei o ano passado com 77 anos.”

Este aspeto é da maior importância para uma apreciação crítica do paradigma do Envelhecimento Ativo. Pois, tal como o caso de Sara evidencia, a detenção de um nível de capital cultural elevado revela-se como um importante fator determinante da possibilidade de participação social na velhice, permitindo um engajamento ativo com a vida, seja no mercado laboral, seja através da participação noutra tipo de atividades de valor produtivo, ainda que não remuneradas. Procurarei sustentar este argumento mais adiante através do recurso a outro tipo de dados, que evidenciam, precisamente, as consequências negativas da escassez de capital cultural para as possibilidades de participação. Sendo, também, de voltar a referir que, conforme argumentado a respeito dos casos dos praticantes de Chi Kung do grupo de Oeiras, o engajamento ativo é a condição dominante dos casos em que se verifica uma postura ativa do paciente idoso sobre a sua saúde, outro pilar fundamental do paradigma do Envelhecimento Ativo.

O caso de Sara evidencia ainda outro aspecto de particular relevância para uma reflexão crítica a respeito da importância do capital cultural para o Envelhecimento Ativo. Sendo que, tal como foi referido anteriormente, no capítulo 1, a solidariedade entre gerações é considerada a nível europeu como um requisito que deve acompanhar a efetiva implementação do Envelhecimento Ativo, o caso de Sara constitui um exemplo de como a detenção de elevado nível de cultural pode facilitar o estreitamento das relações dos mais velhos com os mais jovens. Pois, nos tempos em que era professora de História da Arte no Curso de Comunicação e Design, Sara costumava levar os seus alunos ao museu, um momento que aproveitava para conversar com eles, de quem ficava amiga, ao ponto de, hoje em dia, já reformada, ainda fazer parte da sua rede de contatos do Facebook, através da qual comunicam regularmente.

Pode ser que esta capacidade de fazer amigos entre os seus alunos, dezenas de anos mais novos, deva-se em, grande medida, à própria personalidade de Sara. Mas, não deixa de ser assinalável, que aos 77 anos de idade seja uma utilizadora assídua do Facebook, canal a que recorre, não apenas para comunicar com os seus ex-alunos, como para publicar as suas opiniões de simpatia para as manifestações de rua por maiores direitos sociais, ou simplesmente para recolher reflexões que outros partilharam, a respeito da vida e da morte:

“Até estive no Facebook esse fim de semana uma coisa muito bonita. A imagem era um eletrocardiograma dizendo que a vida é isso: altos e baixos! Se você não tiver altos e baixos então você está morto. Então, a gente tem é que na hora em que você está baixo, subir. Então, procurar ter essa percepção do corpo e da emoção de que você está sempre se reequilibrando. E eu acho que se reequilibrar é uma troca entre o meio ambiente e você andando, respirando.”

Mais do que sustentadas apenas pelas características da sua personalidade, as relações de amizade de Sara com os seus ex-alunos, tal como as que estabelece com os seus médicos, parecem-me, igualmente, fundadas no seu elevado nível de capital cultural que, assim, tal como expliquei anteriormente, reforça o seu elevado nível de capital social, mesmo no plano inter-geracional.

Por último, a importância do capital cultural revela-se, igualmente, no campo do bem-estar geral, no que se refere à realização pessoal e à vivência subjetiva do processo de envelhecimento. Pois, Sara, procurando ativamente o seu desenvolvimento pessoal, mas, também, garantir a qualidade das relações que estabelece com os outros, iniciou

consulta regulares de psicanálise, desde há mais de 20 anos. O que a move para essas consultas, desde há duas décadas, é o mesmo que a faz recorrer à sua médica-acupuntora, a Dra. Cláudia, de 15 em 15 dias:

“Porque eu tenho analista. Eu faço análise há mais de 20 anos. Quando eu sinto que eu não estou centrada, eu sinto que a coisa não está boa, peço para ir à Cláudia, para ela ver o que é que está desregulado. Porque eu acredito nesse equilíbrio. Que o ser humano é essa coisa do equilíbrio instável. A Cláudia está sempre procurando o meu diafragma, porque eu acho que de noite eu respiro mal. Então, nesse reequilíbrio entra também as relações sociais da gente, a família, meus filhos, meu marido. Eu procurar interagir com eles de uma maneira positiva. Não ser a chata do ano! Eu acho horrível mulher que reclama de tudo.”

Trata-se, portanto, de uma perspectiva holística da sua saúde em que, para além de se preocupar com o seu corpo, Sara procura ativamente soluções para o seu bem-estar em termos gerais, no que se refere às relações com os outros e ao seu próprio desenvolvimento pessoal. Mais uma vez, o seu elevado nível de capital cultural está intimamente relacionado com este aspeto, contribuindo para a sua perspectiva positiva respeito da velhice (embora receando a doença), e da própria morte, em certa medida influenciada pelas suas leituras taoistas, uma base filosófica fundamental da MTC:

“A Cláudia é estudiosa, tanto que eu digo que ela é a médica ideal. Porque ela é uma pessoa estudiosa, está sempre avançando, ajuda muita gente, e ela tem essa disponibilidade de conversar comigo. Outro dia eu estava discutindo com ela os pensamentos. Eu disse: “Cláudia, agora que eu me aposentei, eu me pego tendo maus pensamentos. Quer dizer, pensando: “Poxa ninguém sabe como é que vai ser o fim, não é? Ai, Deus me livre, tomara que não me aconteça nada que eu fique...” Porque a morte para mim não é problema. Para e pensa: se eu morri, passa a ser problema dos outros!

E tem um poeta que diz que a vida é feita de pequenas mortes. Eu tenho um livro que é o Tao da Física do Kapra, onde ele compara o Tao - que é uma coisa que eu amo, foi o meu livro de cabeceira durante muitos anos, o *Tao Te King*⁴² - e ele compara essa coisa da Biologia e da Física, porque você vê que as suas células, por exemplo, do sangue, neste momento, tem milhões morrendo e milhões nascendo. É preciso que esses milhões morram, para nascerem milhões para que você continue vivo. Eu acho que o oriental usa muito isso. A natureza é um espelho de sabedoria. Se você observar muito bem, você vai ver como tudo é ordenado e como tudo tem um motivo.”

⁴² O *Tao Te King* de Lao-Tzu é uma obra fundadora do Taoismo, uma corrente filosófica que deteve uma especial importância no desenvolvimento inicial daquilo que é hoje a MTC (Tzu, 2009). A leitura desta obra é uma recomendação recorrente, sobretudo, entre os praticantes de Chi Kung.

Como noutros casos analisados, é no seu engajamento ativo com a vida que Sara fundamenta uma perspectiva positiva a respeito da velhice, a partir da qual decorre a motivação necessária para ter uma postura ativa e responsável perante a sua saúde, requisito indispensável para poder continuar a desfrutar da sua vida:

“O único problema da morte é que eu quero continuar a ver as minhas filhas, as minhas netas... eu gosto de viver! O único problema é esse! Uma coisa que até vi no outro dia e que até botei no meu “face” é que a gente nasce sofrendo e morre sofrendo. Então, vamos aproveitar o intervalo! E à medida que a gente tem mais idade ou a gente parte para aproveitar o intervalo, ou seja, para fazer as coisas que gosta... eu, por exemplo, gosto de viajar, enquanto eu puder quero continuar a viajar... ou você entra em depressão! Porque mulher olha no espelho. E aparência na nossa sociedade é muito importante. Então, você vai se preocupar com as rugas, com o medo de ficar doente, ou você parte para aproveitar o que pode. Não tem alternativa! Ou, então, morre. Então, eu tenho muita preocupação em relação a estar saudável e me tratar, tudo o que aparece eu procuro tratar!”

Reflexão final: Envelhecimento Ativo e capital cultural

Na sequência do que tenho vindo a argumentar, é de criticar aquilo que poder-se-ia designar como uma abordagem “culturalista” do paradigma do Envelhecimento Ativo, com origem na Antropologia ou em qualquer outra área disciplinar: ou seja, uma abordagem que coloque a sua ênfase na transformação das representações sociais negativas da velhice e do processo de envelhecimento, como solução primordial para permitir a efetiva implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo que, por sua vez, deverá contribuir para a manutenção de representações sociais positivas. Pois, se este tipo de abordagem constitui uma vertente frutífera de pesquisa, ela não pode constituir, por si mesma, uma linha política programática, tendo em vista a efetiva implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo.

Tendo em conta os casos anteriormente descritos, começo por sustentar este argumento recordando o caso de Barbara, a terapeuta de MTC californiana. Apesar de interessante a sua hipótese de uma utilização da crítica antropológica ao serviço da prática clínica de MTC, mediante a transformação das representações sociais negativas “incorporadas” pelos pacientes idosos em representações sociais positivas, questiono-me até que ponto será eficaz, uma vez que me parece contraditória nos seus próprios termos: apontar para o maior respeito que as mulheres obtêm da restante sociedade em

algumas culturas durante a menopausa, e dizer que, por isso, sentem-se bem na velhice, só evidencia como o bem-estar individual se encontra, geralmente, associado a um reconhecimento positivo da sociedade envolvente que, ao contrário, de outros contextos etnográficos, a julgar pelas palavras de Barbara e pela própria visão pessimista das suas pacientes, parece não existir na cultura americana. Por isso, coloco a questão de até que ponto o sujeito passa a ter uma vivência subjetiva mais positiva da velhice se, apesar de transformar as suas representações negativas da velhice, continuar a chocar com os estereótipos, os preconceitos e a discriminação da sociedade envolvente?

Mas, esta questão leva-nos a considerar a seguinte hipótese: e se, através do paradigma do Envelhecimento Ativo, fossem positivamente alteradas as representações da velhice e dos idosos, não ao nível dos próprios sujeitos idosos, mas da sociedade no seu conjunto?

A transformação das representações sociais negativas da velhice e dos idosos foi, de facto, uma intenção principal da Gerontologia Social, disciplina que evidencia uma aproximação da Antropologia à Gerontologia, desde os anos 70, nos EUA:

“Seguindo a perspectiva advogada pelo construcionismo social e abrindo-se aos estudos antropológicos, a Gerontologia social tem defendido a demissão das imagens negativas do envelhecimento e a elaboração de uma iconografia alternativa. Tal requer a criação de um novo discurso que se distancie das associações sedimentadas entre velhice, doença, incapacidade e declínio. A ideia é transformar o destino do envelhecimento: em vez de recolhimento, activação; em vez de adscrever àquele um destino inexorável de declínio e morte, interpretá-lo como um processo de desenvolvimento em aberto” (Viegas, et al, 2007).

No entanto, a minha resposta mantém-se. Tanto no plano individual, como no plano da sociedade no seu conjunto, a modificação positiva das representações sociais do envelhecimento é importante, mas não será suficiente, em muitos casos, para conseguirmos alcançar uma postura mais ativa e responsável do paciente idoso sobre a sua saúde, ou a participação ativa do mesmo na sociedade, considerados pilares essenciais do paradigma do Envelhecimento Ativo. Pois, os dados recolhidos na minha investigação, tal como pela variada investigação realizada a respeito dos fatores sociais determinantes da saúde, apontam no sentido de que, para que os sujeitos idosos assumam uma postura ativa e responsável sobre a sua saúde, nomeadamente, adotando, estilos de vida saudáveis, é necessário reunir um conjunto de condições

socioeconómicas, que extravasam, em muito, a questão das representações sociais mais ou menos positivas da velhice.

O mesmo é dizer que, mesmo que, hipoteticamente, a sociedade no seu conjunto venha a abolir as suas representações sociais negativas da velhice e dos idosos, transformando-as em representações sociais positivas, a adoção de uma postura ativa do idoso sobre a sua saúde, assim como, a sua participação ativa na sociedade (o seu engajamento ativo com a vida), enquanto pilares essenciais do Envelhecimento Ativo, só irão verificar-se quando os indivíduos detenham níveis suficientes de diferentes tipos de capital: social, cultural e económico. Assim, as tentativas de promoção de uma nova forma de perspetivar o envelhecimento barrarão sempre com os constrangimentos sociais à sua possível implementação, que passa por mais do que uma mera questão de reinterpretação do processo de envelhecimento, da velhice e do papel social dos mais idosos.

No seu estudo sobre participação da população idosa nas Universidades de Terceira Idade, as antropólogas Susana de Matos Viegas e Catarina Gomes (2007), apontam, justamente, para os constrangimentos impostos pela desigualdade na detenção de capital social, cultural e económico. Pois, tratando-se de um fenómeno relativamente recente em Portugal, mas com um crescimento acentuado a partir da década de 1990, as Universidades de Terceira Idade, ainda que destinadas a um público geral, sobretudo, com mais de 50 anos, sem exigência de habilitações especiais e sem pretender conferir qualquer grau académico, na prática, são, tendencialmente, frequentadas apenas pelos mais abonados nos diferentes tipos de capital anteriormente enunciados:

“Apesar de abrir as suas portas ao público em geral, o seu público-alvo, de idades compreendidas entre os 45 e os 88 anos, é constituído, essencialmente, por licenciados reformados e por pessoas que, ao longo da vida, através de diversas fontes (familiar, profissional, etc.), adquiriram algum capital social, económico, cultural e simbólico de relevo.” (Viegas et al., 2007: 96-97)

As Universidades de Terceira Idade, evidenciando uma “assertividade da ideia de desenvolvimento pessoal, patente na apologia realizada à construção de novos projectos de vida, assim como na defesa de protagonismo na sociedade”, encontram-se, observam as autoras, claramente filiadas na “ideologia do envelhecimento activo” (id.: 96). Ora, observa-se, também, a partir dos dados reunidos por estas investigadoras, que a implementação prática dessa ideologia desconsidera a importância das desigualdades

na detenção de diferentes tipos de capital, deixando de fora deste âmbito de participação, largas franjas da população.

É o mesmo que anteriormente observara, a partir dos meus próprios dados, quando aponte para a importância do capital social para o engajamento ativo com a vida (ao mesmo tempo que o capital social é amplamente reforçado por este mesmo engajamento ativo). Ou quando, a partir do caso de Sara, me referi à importância do capital cultural como possibilidade de continuar a participar ativamente na sociedade (sendo que Sara reformou-se da sua carreira académica aos 77 anos de idade!). Para além de que é, também, no elevado capital cultural de Sara que reside, em boa parte, a sua capacidade de rejeitar as representações sociais negativas da velhice – permitindo-lhe uma apropriação correta da informação Biomédica para a promoção da saúde e prevenção da doença, e uma apropriação da filosofia taoista, inscrita nas origens da MTC, assim como, uma concentração no seu desenvolvimento pessoal, através do recurso à psicoterapia - cumprindo, na prática, o que Barbara, a terapeuta de MTC californiana, almeja conseguir para todas as suas pacientes, através da utilização da reflexão antropológica no âmbito da sua prática clínica.

O mesmo tipo de relação entre a detenção de um elevado nível de diferentes tipos de capital e um maior potencial para uma vivência mais positiva desta fase da vida, que escape à representação social da velhice como associada à doença, passividade e dependência, foi identificado pelas antropólogas portuguesas no referido estudo sobre as Universidades de Terceira Idade:

“De facto, é amplamente conhecido, por um lado, que a qualidade de vida e o acesso a certos bens e serviços (alimentação, cuidados médicos, etc.), influenciam fortemente o ritmo e o impacto do envelhecimento. Por outro lado, esse mesmo facto proporciona espaços e recursos mais vantajosos de negociação dos processos de envelhecimento pessoal, nomeadamente ao nível do acesso a um conjunto de práticas e/ou actividades (culturais, artísticas, etc.) que potenciam a redefinição desta etapa do curso de vida como fase de desenvolvimento.” (id.: 98)

Pelo que a implementação efetiva do paradigma do Envelhecimento Ativo, mais do que uma abordagem centrada na análise e possível transformação das representações sociais da velhice, ainda que bastante útil para a compreensão dos fenómenos culturais que podem servir de força de bloqueio ou da sua promoção, requer uma solução política de distribuição equitativa destes diferentes tipos de capital. Pois, como a investigação

dos fatores sociais determinantes da saúde tem vindo a demonstrar, sociedades mais equitativas são também sociedades mais saudáveis. Voltarei a este ponto, com maior detalhe, no capítulo 8.

O caso de Sara é paradigmático, no sentido em que evidencia que, à medida que emerge a “Salutocracia”, com a sua ênfase na responsabilidade individual sobre a saúde, como uma tendência social abrangente, de que o paradigma do Envelhecimento Ativo constitui mais uma manifestação (cf. Capítulo 3), a detenção de capital cultural revela-se de importância, cada vez maior, para a manutenção da saúde: pois, ao paciente é disponibilizada a informação que ele é suposto ser capaz de compreender e aplicar, sem ter em consideração que o seu nível de capital cultural não é, muitas vezes, suficiente para a apropriação simbólica desta informação – ou seja, para sua correta utilização, no sentido exato para o qual ela foi elaborada. Neste mesmo sentido, o caso da empregada de Sara, que não sabia como controlar corretamente a sua tensão arterial é bem exemplificativo: ou o médico não lhe explicou como utilizar (algo que nunca aconteceria a Sara porque ela insistiria em perguntar e, caso não se visse satisfeita, mudaria de médico); ou ela não soube compreender a informação que lhe foi dada (algo que mais dificilmente aconteceria a Sara, dado o seu elevado nível de capital cultural).

O caso de Sara, juntamente, com tudo o que tem vindo a ser dito, permite-me, assim, criticar a obra de M. Lock, anteriormente apresentada, como um exemplo, entre outros possíveis, do que considero ser uma análise “culturalista” do envelhecimento: a oposição estabelecida entre América e Japão, enquanto dois blocos culturais distintos, veda a possibilidade de uma análise dos fatores sociais determinantes da saúde, que implica uma análise das variações socioeconómicas dentro de cada cultura. Por outro lado, no meu entender, como disse anteriormente, o papel da Biomedicina na “medicalização” da velhice passa hoje, não tanto pela medicação excessiva da população idosa relegando-a para um papel passivo e dependente, como pela promoção dos estilos de vida saudáveis (a emergência da tal “Salutocracia”), assente na promoção de postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde, que possa servir os interesses dos Estados (pelo menos dos Europeus) na resolução do problema social do envelhecimento demográfico: assentando na partilha das suas responsabilidades - na prestação dos cuidados de saúde à população idosa, e em assegurar as pensões – com os próprios idosos e as suas famílias.

Como vimos, em M. Lock, as ideias culturais em torno do envelhecimento são determinantes para os comportamentos de saúde das mulheres americanas e japonesas: a menopausa (e em termos mais gerais a velhice) entendida como doença, fruto de um processo de “medicalização”, e de uma aparente ausência de papel social positivamente valorizado, determina uma concentração excessiva das mulheres americanas nos sintomas físicos, ao mesmo tempo que as mulheres japonesas vivem o processo de menopausa absorvidas pelas transformações recentes em torno do seu papel social, sobretudo familiar, sem disponibilidade para prestarem grande atenção aos sintomas físicos. Estas ideias culturais a respeito do envelhecimento revelam-se, igualmente, determinantes para o engajamento ativo com a vida, tal como foi anteriormente definido.

Mas, é Barbara, a terapeuta de MTC californiana de quem falei anteriormente, que, baseando-se em M. Lock e na sua própria prática clínica, viria a definir de uma forma sintética a relação entre ideias culturais a respeito do envelhecimento e a saúde dos idosos, afirmando que quanto mais respeitados são os idosos numa dada cultura, menor é o número de sintomas patológicos que apresentam.

Tal como será discutido com maior detalhe no capítulo 8, a enorme variação no que respeita às ideias de cada cultura a respeito da velhice foi amplamente documentada pelos antropólogos, constituindo quase sempre o cerne da sua análise. Desde a obra pioneira de Léo Simmons que o método de comparação entre culturas (“cross-cultural”) foi empregue pelos antropólogos no estudo das ideias culturais em torno da velhice (Simmons, 1945). A este respeito, a influente antropóloga do envelhecimento Barbara Myerhoff afirma:

“O envelhecimento e os idosos, então, não são dados adquiridos em nenhum sentido. Por causa da enorme variabilidade relativamente a eles, quase todas as afirmações a respeito das atitudes relativas aos idosos, da forma como são tratados, assim como a sua representação e as expectativas que recaem sobre eles numa certa cultura, podem ser contraditas por evidências divergentes mas igualmente válidas retiradas de outras culturas” (Myerhoff, 1992)

Relativamente ao estudo das sociedades ocidentais, e da sua forma de lidarem com os idosos e com a velhice, alguns autores descreveram uma cultura que, ao contrário do relativismo cultural de Myerhoff na afirmação anterior, consideraram preconceituosa e negativa: desde finais dos anos de 1960 que a cultura predominante foi

identificada por alguns teóricos como uma cultura “idadista”, um termo originalmente proposto por Robert Butler (“ageism”), para descrever uma forma de discriminação negativa fundamentada na idade, baseada em estereótipos negativos sobre os mais idosos, semelhante ao racismo ou ao sexismo (Butler, 1969). Trata-se do mesmo tipo de representação negativa dos mais idosos que a terapeuta Barbara considera que foi incorporada pelas suas pacientes idosas que se convenceram estar doentes.

Trazendo esta discussão para o âmbito específico da realidade portuguesa é de destacar o estudo coordenado por Maria Luísa Pedroso de Lima, “Idadismo na Europa. Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português”, concentrando-me no Relatório II, de 2011, realizado a pedido do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa e baseado nos dados recolhidos pelo European Social Survey, com uma amostra representativa da população portuguesa (Lima et al., 2011).

Nesse estudo, o “Idadismo” é definido como as atitudes negativas face a pessoas, com base apenas na sua idade, sendo que:

“(…) as atitudes são tendências psicológicas que se expressam numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica. Essa entidade é o objecto da atitude, neste caso grupos de idade, especificamente o grupo dos idosos. Na medida em que a atitude é composta por três dimensões, os três tipos de expressão das atitudes face a um grupo social são o estereótipo (expressão cognitiva), preconceito (expressão afectiva) e a discriminação (expressão comportamental) (...)” (Lima et al.: 11)

No estudo, observa-se que a idade a partir da qual os portugueses consideram alguém como idoso é os 66 anos de idade, observando-se, também, que as pessoas idosas que são menos preconceituosas contra os idosos são também aquelas que se identificam mais com o seu grupo etário.

O estudo aponta, também, algumas conclusões relevantes para uma discussão crítica do paradigma do Envelhecimento Ativo. Encontra emoções positivas da população portuguesa em relação aos idosos, juntamente com a prevalência de um estereótipo que tende a considerá-los como simpáticos mas pouco competentes, o que é indicativo de um preconceito benevolente e paternalista. Mas, o que é da maior importância notar é que esta percepção surge associada ao estatuto social do idoso:

“Como foi visto, o estatuto dos idosos não é percebido nem como baixo nem como elevado, mas quanto mais baixa é a percepção do estatuto social, mais os idosos são vistos como menos competentes.

Embora não sejam percebidos como uma ameaça à saúde e à cultura, são percebidos como uma ameaça à economia do país por contribuírem pouco economicamente.” (id.: 118)

De alguma forma, os resultados deste estudo entram em contradição com as respostas reunidas pelo Eurobarómetro, para os vários países europeus, incluindo Portugal, tal como foi apresentado no capítulo 1: mais de metade dos europeus considera que a população mais idosa presta um importante contributo social enquanto trabalhadores (65%), sendo que uma larga maioria de Europeus destaca o importante contributo dos mais idosos ao tomar conta dos netos (mais de 80%) e como apoio financeiro para as respetivas famílias (mais de 70%). No entanto, a divergência nos resultados poderá ser, possivelmente, explicada pelo facto da pergunta do Eurobarómetro se referir à perceção da contribuição para a sociedade das pessoas com 55 ou mais anos de idade, enquanto o estudo coordenado por Maria Luísa Pedroso de Lima, a partir da análise das próprias respostas dos inquiridos, identifica a população idosa, como a população com 66 ou mais anos de idade.

As respostas dos inquiridos parecem ser, sobretudo, influenciadas pela perceção de ameaça percebida em relação aos idosos (o que replica no domínio do preconceito em relação à idade o que outros inquiridos europeus apontaram em relação ao racismo): ameaça cultural, económica e relativamente aos gastos com a saúde dos mais idosos.

Reconhecendo a importância da perceção dos idosos como ameaça, para uma explicação do “idadismo”, os autores do estudo apontam para os perigos de um possível aumento do preconceito contra as pessoas idosas inerentes à conjuntura demográfica atual da sociedade portuguesa:

“A conjectura demográfica actual, com um rácio cada vez maior de pessoas idosas por pessoas jovens, poderá fomentar ainda mais esta percepção de ameaça em relação aos mais velhos. Não só o aumento, mas sobretudo o aumento brusco no número de pessoas mais envelhecidas, tem constituindo, ao longo da história, um factor importante de aumento da percepção da ameaça e do preconceito contra as pessoas idosas (...)” (id.: 122)

No final, e na sequência de toda a discussão que tenho vindo a encetar sobre a importância da cultura no problema social do envelhecimento, para os autores deste estudo o aumento do “idadismo” poderá ocorrer pela influência desta conjuntura demográfica, não só no aumento dos “pesados custos económicos e ao nível dos gastos na saúde”, mas também no “padrão cultural dos países”:

“Assume-se que esta mudança poderá trazer para além de pesados custos económicos e ao nível dos gastos na saúde, uma influência no padrão cultural dos países. O principal receio será o de perder alguns dos valores mais importantes para um país moderno e que estão muito associados a uma cultura da juventude: a inovação e a novidade. A perda destes valores é percebida como uma ameaça relevante porque estes estão muitas vezes associados à produtividade e ao sucesso no mundo do trabalho.” (id.:122)

E é no paradigma do Envelhecimento Ativo que os autores do estudo descobrem uma estratégia possível para evitar a escalada do “idadismo” face a esta ameaça percebida na conjuntura sociodemográfica:

“Esta perspectiva das pessoas idosas como um fardo e como uma ameaça pode e deve ser combatida. A União Europeia tem feito esforços relevantes no sentido de promover o envelhecimento activo e a ideia das pessoas idosas não como uma ameaça mas como uma oportunidade” (id.: 122).

Embora defendam a necessidade de se transmitir aos portugueses a ideia de que “a mudança cultural que necessariamente se avizinha não tem de ser necessariamente má” os autores, em nenhum momento, procedem a um questionamento crítico do pano ideológico de fundo do tal “padrão cultural dos países”, com o seu receio “de perder alguns dos valores mais importantes para um país moderno e que estão muito associados a uma cultura da juventude: a inovação e a novidade”. A sua solução passa pela alteração da representação social negativa das pessoas mais velhas, por uma outra positiva, como “competentes, saudáveis, sociáveis, independentes e inovadoras”, promovendo uma efetiva “maior adopção deste tipo de posturas por parte daqueles que envelhecem”. Concordando com os esforços da União Europeia no sentido de promover o Envelhecimento Ativo e a ideia das pessoas idosas não como uma ameaça mas como uma oportunidade, os autores do estudo afirmam:

“Assume-se que esta mudança é relevante e deve ser realizada não apenas naqueles que ainda não são idosos mas também naqueles que já o são.

A representação das pessoas mais velhas como competentes, saudáveis, sociáveis, independentes e inovadoras deverá diminuir esta percepção de que elas comportam pesadíssimos custos para a economia e para a saúde. Por sua vez, poderá promover também uma maior adopção deste tipo de posturas por parte daqueles que envelhecem contribuindo, assim, para manter esta imagem mais positiva. É importante transmitir aos portugueses a mensagem de que a mudança cultural que necessariamente se avizinha não tem de ser necessariamente má. A diminuição desta ameaça percebida em relação às pessoas idosas deverá ajudar a combater as crenças idadistas enraizadas.” (id.: 122)

Em termos essenciais a perspetiva psicossocial destes autores não difere em muito da proposta pela terapeuta de MTC norte-americana Barbara, inspirada pela obra de M. Lock e pelas possibilidades terapêuticas da “Narrative Medicine”. Trata-se de avançar com a ideia de que esta abordagem psicossocial pode corresponder, não apenas a uma forma de investigar a realidade social, mas a uma forma efetiva de a transformar. No caso de Barbara, tratava-se de alterar as representações sociais negativas da menopausa para que as suas pacientes deixassem de acreditar que estão doentes. Para isso recorre à antropologia de M. Lock que, como toda a antropologia que parte da observação da variação entre culturas, procura de alguma forma, através do esclarecimento da importância da cultura na sociedade, contribuir para que aquele que observa reflita sobre os seus próprios pressupostos culturais, eventualmente, transformando-os:

“(…) num nível prático, uma perspectiva cross-cultural pode ajudar os investigadores a reconhecer e possivelmente suspender os sue próprio viés cultural (...) Uma das principais tarefas de uma perspectiva antropológica do envelhecimento é a análise de algumas das formas como outras sociedades conceptualizaram a velhice e da forma como tratam a sua população idosa, analisando algumas das variáveis sociais e culturais que parecem contribuir para estas alternativas, e algumas das conclusões que podem ser retiradas destes exemplos e que são de uso potencial para a nossa própria sociedade, na resolução do que tem sido considerado, apropriadamente, um problema social.” (Myerhoff, 1992: 104-107)

No caso dos autores deste estudo tratou-se de identificar os principais preditores do “idadismo” que foram identificados, sobretudo, nas variáveis psicológicas:

“Em termos gerais estes resultados enfatizam as mais-valias na adopção de uma perspectiva psicossocial no estudo do idadismo. De facto, de forma inovadora, este estudo demonstra claramente que o preconceito relativo à idade parece ser significativamente mais determinado por variáveis psicológicas como o estatuto social percebido a percepção de ameaça e o auto-controlo face ao preconceito do que por certas características sócio-demográficas dos inquiridos.” (id.: 121)

Não pretendo aqui questionar aqui a validade das conclusões alcançadas pelo estudo, algo que se situa fora do escopo desta investigação. Pretendo sim criticar a forma como os autores do estudo propõem passar destas conclusões às soluções políticas, encontrando a solução para este problema social do “idadismo” na implementação do paradigma do Envelhecimento Ativo. A crítica que lhes movo é, aliás, a mesma que fiz à reflexão promovida por M. Lock, extensível a Barbara

Myerhoff, entre muitos outros exemplos possíveis da investigação antropológica (sendo que em Barbara, a terapeuta de MTC californiana, encontramos uma aplicação dos postulados teóricos antropológicos na prática clínica de MTC). Se, para os autores do estudo, o problema do “idadismo” é, sobretudo, um problema que se resolve através da introdução de uma alteração no domínio psicossocial, para as antropólogas citadas, assim como para Barbara perante as suas pacientes idosas de MTC, trata-se de promover uma alteração das ideias culturais negativas a respeito da velhice, neste caso, através da comparação com outras culturas.

Ora, a minha crítica a estas abordagens prende-se com as soluções propostas para a alteração das representações negativas do envelhecimento. No caso das antropólogas ela parece ser deixada a uma mudança nas consciências (dos sujeitos e da sociedade), resultante do confronto com outras soluções culturais mais positivas. No caso dos autores do estudo sobre “idadismo” na realidade portuguesa, o paradigma do Envelhecimento Ativo aparece como uma ferramenta apropriada para uma alteração positiva da representação da população idosa. Mas, no meu entender, estas propostas são incompletas ou potencialmente ineficazes por um motivo essencial. Porque a participação ativa da população idosa, na sociedade como na sua saúde, pilares essenciais do Envelhecimento Ativo, são determinados não apenas por uma tomada de consciência, de base antropológica, ou por uma alteração das representações sociais, de base psicossocial. Pois, efetivamente, tal como tenho vindo a argumentar, tanto o engajamento ativo com a vida, como a adoção de uma postura ativa dos idosos perante a sua saúde, dependem da detenção de diferentes tipos de capital, que estão desigualmente distribuídos.

Existe um segundo motivo para criticar a solução proposta pelos autores do estudo, no sentido em que o paradigma do Envelhecimento Ativo sirva para atenuar o “idadismo” vigente na realidade portuguesa. Quando os autores afirmam que a “representação das pessoas mais velhas como competentes, saudáveis, sociáveis, independentes e inovadoras deverá diminuir esta percepção de que elas comportam pesadíssimos custos para a economia e para a saúde” que, por sua vez, “poderá promover também uma maior adopção deste tipo de posturas por parte daqueles que envelhecem contribuindo, assim, para manter esta imagem mais positiva”, é importante criticar o paradigma ideológico de base: o de que aquilo que importa para resolver o

problema social do “idadismo”, relacionado com uma conjectura sociodemográfica que acarreta riscos sociais, é ter uma sociedade com pessoas idosas que, não apenas são representadas como “competentes, saudáveis, sociáveis, independentes e inovadoras”, como efetivamente o são na prática.

Esta segunda crítica não se dirige aos antropólogos, pois parece-me que é exatamente à Antropologia que podemos recorrer, juntamente com contributos de outras ciências sociais, para mover uma crítica à própria ideologia que sustenta o paradigma do Envelhecimento Ativo: a de que a atividade é inerentemente boa, para a sociedade e para os sujeitos idosos. Esta crítica será desenvolvida e sustentada com particular detalhe no capítulo 8.

Capítulo VII

Capital económico

Na sequência da discussão que tenho vindo a encetar sobre os fatores sociais determinantes da saúde, o meu objetivo ao longo deste capítulo é evidenciar a importância da detenção de capital económico, a derradeira forma de capital, para a adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde.

A partir dos dados recolhidos em cada um dos contextos da presente investigação – Santa Cruz na Califórnia, Rio de Janeiro no Brasil, e, sobretudo, Lisboa em Portugal – procurarei evidenciar a importância da detenção de capital económico para a adoção de uma postura ativa e de responsabilidade sobre a saúde conducente à definição de estilos de vida saudáveis, que, sendo um objetivo principal dos terapeutas de MTC, com o seu ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença, constitui também um dos objetivos primordiais do paradigma do Envelhecimento Ativo. A relação entre estes diferentes aspetos pode ser esquematizada da seguinte forma:

Esquema 3: Capital Económico



Neste esquema encontra-se uma síntese de vários argumentos dos capítulos anteriores, juntamente com a presença destacada da detenção individual de capital económico, na base da pirâmide, tal como será amplamente discutido ao longo deste capítulo.

É, pois, sobretudo, a partir da detenção de capital económico que os sujeitos podem adquirir capital cultural⁴³. Ao mesmo tempo, é da existência de capital económico que se verifica a possibilidade individual de participação em atividades coletivas, que, muitas vezes, é, ela mesma, favorecida pela detenção de um certo nível de capital cultural. Essa participação em atividades coletivas é, quase sempre, propícia para o desenvolvimento de relações interpessoais, constituindo uma fonte de capital social. Neste sentido, pode-se afirmar que o capital económico encontra-se na base do engajamento ativo com a vida que é, em muitos casos, determinante para a existência de um elevado nível de capital social. No entanto, como, também, vimos anteriormente, o próprio capital social é, muitas vezes, uma condição prévia à participação nessas atividades coletivas, sempre que é pela mão dos seus familiares, ou vizinhos, que a população idosa se envolve ativamente na sociedade (cf. Capítulo 5).

Ao mesmo tempo, tal como aparece no esquema, esse engajamento ativo com a vida é, também ele, uma fonte de capital cultural (algo que é especialmente evidente no caso da participação nas atividades das Universidades de Terceira Idade, cf. Capítulo 6). Esse capital cultural é, por sua vez, e tal como vimos anteriormente, indispensável para a correta apreensão da informação de saúde, referente à promoção dos estilos de vida saudáveis, que é abundante em contexto de “Salutocracia”, e sua incorporação, traduzida em comportamentos de saúde, assentes na assunção de responsabilidade individual (cf. Capítulo 3).

Tal como vimos anteriormente, o engajamento ativo com a vida é, efetivamente, uma condição muito favorável à adoção de uma postura ativa da população idosa sobre

⁴³ A interiorização inconsciente do capital cultural – na sua forma incorporada – relaciona-se estreitamente com a pertença a uma classe económica elevada, com elevados níveis de capital cultural nas suas formas objetiva e institucional: a aquisição de capital cultural na forma de objetos requer capital económico; assim como, o capital cultural na sua forma institucional exige uma condição económica necessária para a obtenção, de duração prolongada. O capital cultural pode ele mesmo ser fonte e origem de capital económico, tal como existem outras relações entre os diferentes tipos de capital, analisadas por Pierre Bourdieu (1986).

a sua saúde, que assenta em comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença (cf. Capítulo 5). Mas, essa postura ativa depende, também, como disse, da utilização correta da informação de saúde, em contexto de “Salutocracia”. Neste sentido, observa-se, então, em síntese, a importância fundamental da detenção de capital social - que permita um engajamento ativo com a vida – e de capital cultural – que permita a incorporação da informação de saúde – para que se desenvolva uma postura ativa da população idosa perante a sua saúde.

É esta postura ativa perante a saúde, possibilitada, como vimos, pela detenção de diferentes tipos de capital, que encontra-se na base da adoção dos estilos de vida saudáveis e do próprio recurso à MTC:

- a postura ativa perante a saúde estimula a responsabilidade individual pela prevenção da doença e pela adoção de comportamentos ajustados a um estilo de vida saudável;

- a postura ativa perante a saúde encontra-se na base do “pluralismo terapêutico” (cf. Capítulo 3), que diz respeito à utilização, tendencialmente complementar, de diferentes recursos terapêuticos, entre os quais a MTC.

No final do esquema, no topo da pirâmide, observa-se que é a soma destes diferentes fatores explicativos que possibilita a implementação prática do paradigma do Envelhecimento Ativo, no que se refere aos comportamentos individuais de saúde. Obviamente, o que o esquema procura mostrar é que estes comportamentos individuais da população idosa são fortemente determinados por diferentes fatores sociais determinantes da saúde e da participação ativa dos sujeitos.

O capital económico e a saúde dos idosos, em Santa Cruz, na Califórnia (EUA)

De acordo com uma terapeuta de MTC em Santa Cruz, sendo originária de Israel, onde existe o que designa de “socialized medicine” - referindo-se à existência de um serviço nacional de saúde público - a realidade do sistema de saúde norte-americano não deixa de a espantar pela negativa, no sentido em que encontra vários dos seus

pacientes de MTC que, sem qualquer seguro de saúde, têm grandes dificuldades em obterem os cuidados de saúde adequados. Essas pessoas recorrem à MTC, oferecida a baixos custos na clínica da Five Branches University, onde esta terapeuta desenvolve a sua prática clínica, porque lhes sai mais barato do que recorrer à Biomedicina, numa completa inversão do que se passa na maioria dos países europeus, inclusive em Portugal:

“Eles recorrem à medicina alternativa porque é mais barata, é uma forma mais em conta de conseguir cuidados de saúde. Porque, se fores ao Hospital, se fores para as emergências, mesmo antes de te tratarem já te está a custar 2000 dólares! Eles ainda nem sequer te tocaram! Não estou a falar acerca de análises ao sangue, raio-x, ultra-sons, mas apenas o facto de chegares e seres atendido pelos enfermeiros e tudo isso já tens uma conta de 2000 dólares!” (Terapeuta de MTC, Santa Cruz, Califórnia)

Trata-se de uma nova dimensão semântica para a expressão “medicina alternativa”, quando aplicada a cuidados de saúde a que, neste caso, a população recorre por impossibilidade económica de recorrer aos cuidados prestados pela Biomedicina.

Tal como os terapeutas de MTC californianos me explicaram, na Califórnia, algumas seguradoras cobrem as consultas de acupuntura, mas apenas até uma certa percentagem que, geralmente, não envolve todo o custo do tratamento. Noutros casos, permitem, apenas, alguns tratamentos por ano, que, segundo estes terapeutas de MTC, revelam-se insuficientes para as necessidades dos pacientes, até porque esse número de tratamentos possíveis num ano é, geralmente, compartilhado com outras especialidades terapêuticas concorrentes, como a Quiroprática ou a Fisioterapia.

De acordo com outra terapeuta de MTC em Santa Cruz, o recurso da população idosa à MTC pode, de facto, resultar de uma incapacidade dos pacientes em pagarem as consultas, exames ou tratamentos da Biomedicina, à qual, geralmente, recorrem numa primeira instância, caso em que a MTC apresenta-se como uma alternativa economicamente mais viável. Neste sentido, a MTC poderia, de certa forma, beneficiar desta situação. No entanto, no seu entender, os constrangimentos socioeconómicos podem exercer, também, um papel desfavorável, algo que se manifesta no estatuto subalterno da MTC face à Biomedicina. Pois, ainda que os acupuntadores sejam reconhecidos pelo Estado da Califórnia como prestadores de cuidados de saúde primários, esta terapeuta de MTC explica que, fruto de uma cobertura deficitária dos tratamentos de MTC por parte das seguradoras, especialmente no que se refere aos

pacientes idosos, a Acupuntura continua a ser encarada como um recurso terapêutico complementar, geralmente, após o falhanço de outros tratamentos procurados em primeira instância:

“Mas seria tudo tão diferente se pudéssemos oferecer esta medicina como primeiro recurso! Mas, não creio que o possamos fazer antes de encontrarmos uma solução para as barreiras socioeconómicas”
(Terapeuta de MTC, Santa Cruz, Califórnia)

Tendo em conta o que acabou de ser dito, observa-se que, no caso de Santa Cruz, mas, tal como procurarei evidenciar mais adiante, também para os outros contextos da minha pesquisa, a condição socioeconómica dos pacientes, associada às especificidades de cada contexto, no que se refere à oferta de cuidados de saúde (da Biomedicina e da MTC), é determinante do próprio recurso da população idosa a esses diferentes cuidados de saúde. Neste sentido, a questão do Pluralismo Terapêutico, debatida no capítulo 3, não pode ser pensada sem levar em consideração a importância destes constrangimentos económicos. Algo que torna-se evidente no caso de Santa Cruz, quando o recurso à MTC revela-se uma alternativa mais viável do ponto de vista económico para alguns pacientes, face aos elevados custos da Biomedicina; ou quando a MTC, apesar do elevado estatuto legal conferido pelo Estado da Califórnia, não se consegue afirmar, para lá de um estatuto subalterno à Biomedicina, tendo em conta a falta de cobertura dos seus tratamentos (ausência de comparticipação estatal e limitações na cobertura pelos seguros privados).

Neste sentido, complementando o que foi argumentado anteriormente, no capítulo 3, o fenómeno do Pluralismo Terapêutico, deve ser pensado, não apenas em função do reconhecimento da existência de uma autoridade última do paciente sobre a sua saúde, como em função de importantes constrangimentos sociais, entre eles a condição económica dos sujeitos, que condicionam fortemente as escolhas terapêuticas dos pacientes. Para além disso, como veremos em seguida, através dos dados relativos aos 3 contextos investigados, a condição económica dos pacientes idosos de MTC revela-se determinante, não apenas, num primeiro momento, das suas escolhas entre diferentes recursos terapêuticos, mas, também, num segundo momento, nas diferentes possibilidades individuais de aderirem às sugestões dos seus terapeutas no sentido da adoção de um estilo de vida saudável. Como veremos, estas possibilidades decorrem, então, não apenas de uma vontade individual do paciente idoso adotar uma postura mais

ativa e responsável sobre sua saúde, mas também das necessárias condições económicas para o fazer.

A importância da condição económica para a saúde dos pacientes de MTC, em contexto californiano, é bem exemplificada pelos casos de duas pacientes idosas de MTC, que são, igualmente, praticantes e instrutoras de Tai Chi.

O Tai Chi contra a Artrite num condomínio social para idosos

O Tai Chi, originalmente uma arte marcial chinesa, tem vindo a ser adotado por inúmeros praticantes no Ocidente, de uma forma semelhante ao Chi Kung, como uma prática de promoção da saúde e do bem-estar, ou, até mesmo, direcionada para o tratamento de algumas patologias. A sua afinidade com o Chi Kung é evidente (cf. Capítulo 1):

“O princípio do tai chi baseia-se na fonte de energia interna chamada de chi. O chi tem origem no dan tien ou tan tien (...). Esta área está localizada alguns centímetros abaixo do umbigo. A energia flui por todo o corpo por canais de uma forma harmoniosa. A alteração deste fluxo de energia é a base para a utilização do Tai Chi na saúde e na prática das artes marciais. Praticando os movimentos de Tai Chi, o chi é estimulado e redirecionado para promover a saúde e o bem-estar, assim como, para ajudar na prevenção da doença. Na prática das artes marciais, os movimentos também procuram estimular o chi (...)” (Farrell, 2003: 227)

O Tai Chi tornou-se mais popular do que o Chi Kung na Califórnia, como na maioria dos países ocidentais, reunindo um maior número de praticantes e ganhando uma maior fama, mesmo entre não praticantes. Pela sua maior popularidade e pelo facto de que muitos praticantes de Tai Chi, sobretudo os mais avançados, são também praticantes de Chi Kung, os dois casos que irei descrever constituem uma oportunidade para me referir um pouco mais a esta prática.

Por um lado, as motivações dos praticantes de Tai Chi com quem pude interagir confundem-se, muitas vezes, com as motivações dos praticantes de Chi Kung. Ou seja, tal como acontece com os praticantes de Chi Kung, temos, por um lado, os praticantes de Tai Chi que se envolvem profundamente com a sua prática, passando, muitas vezes, da inicial aprendizagem com um instrutor para uma aprendizagem com um mestre chinês, dentro de uma linhagem específica, eventualmente tornando-se, eles mesmos,

instrutores de Tai Chi. E temos, por outro lado, uma larga maioria de praticantes que procuram o Tai Chi, essencialmente, como uma prática de promoção do bem-estar.

Do mesmo modo que acontece em relação ao Chi Kung, esta maioria de praticantes revela um considerável desconhecimento em relação às origens, história e fundamentos do Tai Chi, envolvendo-se na sua prática como se tratasse de uma “ginástica”, ou de uma “dança”. Apenas uma minoria de alunos se interessa pela prática profunda, da qual faz parte a apreensão dos fundamentos teóricos e conceptuais e a aprendizagem de uma ampla variedade de pormenores relacionados com a prática em si mesma. Muitos praticantes de Tai Chi são também praticantes de Chi Kung e alguns terapeutas de MTC, sobretudo os mais envolvidos com a prática do Chi Kung, são também praticantes de Tai Chi.

De especial interesse para esta investigação é observar que, para lá da sua origem marcial e do facto de continuarem a haver praticantes que aprofundam a sua prática a partir desta perspectiva, o Tai Chi assumiu no ocidente, à semelhança do Chi Kung, uma expressão, por um lado, como o que poderíamos designar de “Tai Chi para o bem-estar” e, por outro lado, também como “Tai Chi médico”. Passo agora à clarificação destas distinções e de outros aspetos relevantes, através da apresentação dos casos de duas praticantes de Tai Chi, uma de 57 e outra de 65 anos de idade, que, sob a supervisão de um mestre, tornaram-se, elas mesmas, instrutoras de Tai Chi.

Estas duas mulheres são instrutoras de Tai Chi no Santa Cruz Chi Center (cf. <http://santacruzchicenter.com/chicenter/>) e estão envolvidas num programa de instrutores de Tai Chi contra a Artrite organizado pelo Dr. Paul Lam. No mesmo tipo de programa, trabalham, também, a Dra. Stéphanie Taylor, em Carmel, e o Roben Malvin na costa Este da Baía de São Francisco, entre outros, espalhados pelos EUA⁴⁴.

No âmbito deste programa, estas duas mulheres aprenderam, portanto, a ser instrutoras de um tipo particular de Tai Chi, vocacionado para a prevenção ou alívio de sintomas relacionados com uma patologia concreta, neste caso, a artrite, encaixando-se

⁴⁴ A informação a respeito do trabalho desenvolvido por Paul Lam e a sua equipa, em torno do Tai chi contra a artrite, pode ser consultada em: <http://www.taichiforarthritis.com/>. O Dr. Paul Lam tem também desenvolvido a aplicação da prática do Tai Chi para outras doenças - a diabetes, a osteoporose, as dores do aparelho musculo-esquelético - e para a saúde em geral, tal como consta na informação disponível em www.taichiproductions.com.

esta prática no que resolvi designar por “Tai Chi médico”, por analogia com a categoria de “Chi Kung médico”⁴⁵.

Segundo o seu relato, havia pessoas de todas as idades a frequentarem este curso de monitores de Tai Chi contra a artrite, muitas delas, ligadas a alguma profissão de saúde - enfermeiras, fisioterapeutas, profissionais que trabalham em ginásios e em SPA – assim como, pessoas com uma grande variedade de outras profissões. No entanto, não acreditam que muitas dessas pessoas estejam a ensinar neste preciso momento, ainda que, no seu caso, tenham começado a ensinar logo a seguir a terminarem o programa.

Anne começou a praticar Tai Chi apenas neste último ano, quando iniciou o programa e, logo após ter concluído, começou a ensinar. A sua motivação para praticar, quase diariamente, foi o facto de ela própria ter desenvolvido artrite na zona lombar, sendo que a sua intenção inicial não era ensinar a outros, mas apenas praticar. A ideia de começar a ensinar resultou de uma vontade de aprofundar a sua prática, tendo em conta os resultados terapêuticos positivos que começava a observar no seu próprio corpo.

Diz que, muitas vezes, enquanto caminha do seu escritório até ao Santa Cruz Chi Center vai ligeiramente a coxear e com algumas dores. Mas, após a prática, quando regressa, vem a andar normalmente e sem dores. Para além disso, refere a prática do Tai Chi como algo que transformou a sua vida e a sua forma de estar no mundo: mais consciente, mais calma, mais forte (com melhor equilíbrio e mais força nas pernas), e mais estável emocionalmente.

Mas, o caso de Anne revela-se interessante para a minha investigação, não apenas pela sua experiência com a prática do Tai Chi, que apresenta pontos de contato com a experiência de muitos outros praticantes idosos de Chi Kung, mas, também, pela

⁴⁵ A pertinência de separar este tipo de Tai Chi daquele que me parece ser a prática mais comum da maioria dos praticantes nos países ocidentais, que seria a prática do “Tai Chi para o bem-estar”, deriva da existência de inúmeras evidências que delimitam este campo de prática particular. É o caso de inúmeras publicações que apresentam resultados de estudos que, estando mais ou menos conformes às exigências dos estudos científicos realizados no âmbito da Biomedicina, revelam uma clara tentativa de aproximação aos modelos normativos da produção do saber médico, buscando uma legitimação científica para a aplicação do Tai Chi a inúmeras patologias, tal como foram definidas pela mesma Biomedicina (cf. Li et al., 2012, no prestigiado *New England Journal of Medicine*). Essas publicações revelam como a iniciativa de Paul Lam, a que aderiram as instrutoras entrevistadas, enquadra-se num movimento de busca de legitimação científica para a aplicação do Tai Chi a várias patologias. Por outro lado, o Chi Kung médico é já, por exemplo, uma especialidade da 5 Branches University de Santa Cruz, na Califórnia.

sua profissão, a partir da qual apresenta uma opinião muito crítica do sistema de saúde norte-americano, evidenciando a importância da condição socioeconômica para a saúde dos idosos.

Anne trabalha num condomínio social para idosos carentes, situado mesmo ao lado do Santa Cruz Chi Center, onde desempenha diversas funções, de trabalho administrativo, até suporte psicológico individual, para o qual tem formação pós-graduada:

“O condomínio é feito de casas subsidiadas pelo governo federal para seniores de baixos rendimentos e adultos com deficiências. Eu faço trabalho administrativo, trato de múltiplos assuntos e organizo diversas atividades para ir ao encontro das necessidades desses moradores.” (Anne, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

O condomínio destina-se a pessoas com mais de 62 anos, sendo, também, composto por 6 unidades para adultos de todas as idades portadores de deficiência⁴⁶.

O trabalho de Anne no condomínio, passa, por exemplo, por organizar apresentações mensais sobre questões de saúde e de bem-estar na terceira idade: há algum tempo organizou um seminário sobre prevenção de quedas; vai organizar um, em breve, com a Alzheimer's Association para exercícios de memória; e um outro com um psicólogo acerca das diferentes perdas que marcam a velhice, e da depressão que a elas, muitas vezes, vem associada.

Todos os moradores do condomínio onde Anne trabalha são aposentados de baixos rendimentos. Não têm capacidade econômica para pagarem aulas regulares de Tai Chi, nem outro tipo de atividades ligadas ao lazer e ao bem-estar e, por isso, Anne procura alertá-los de todas as atividades especificamente destinadas a pessoas de baixos rendimentos. Foi assim que ingressou no programa de Tai Chi contra a artrite, do qual viria a tornar-se instrutora, procurando envolver os moradores do seu condomínio.

⁴⁶ Existem vários locais como este ao longo dos EUA - sendo que este em concreto chama-se “East Cliff Village Apartments” - agrupados sob a categoria “202 Housing”, no âmbito do programa de “Housing and Urban Development”, do governo americano. A organização “Volunteers of America”, uma entidade sem fins lucrativos, é dona dos apartamentos e é uma das maiores a providenciar casas para idosos de baixos rendimentos.

Anne sabia que existia um financiamento do Estado da Califórnia, através de uma associação de pacientes com artrite, para que pessoas com a doença pudessem participar no programa de Tai Chi do Dr. Paul Lam. Consciente de que muitos residentes do condomínio onde trabalha sofrem dessa mesma doença, Anne empenhou-se em criar as condições necessárias para que pudessem usufruir deste programa.

Para conseguir o financiamento estatal era necessário encontrar um espaço que abrigasse os alunos das aulas do Tai chi contra a artrite. O Santa Cruz Chi Center aceitou ser esse espaço, sendo que o financiamento estatal pagou, num primeiro momento, a formação de duas professoras, também terapeutas de MTC do Santa Cruz Chi Center, para que elas fizessem o programa de Tai Chi contra a artrite, comprometendo-se a ensinar pelo menos durante um ano. Entretanto, ao longo desse ano, Anne e a sua amiga Beatrice concluíram o seu programa de treino como monitoras e ficaram, a partir daí, a administrar as aulas de Tai Chi, substituindo as primeiras professoras, sendo as únicas pessoas a receberem dinheiro no âmbito do programa.

Como parte das obrigações do financiamento, todos os alunos terão de preencher um questionário sobre os efeitos das aulas. Sendo que ainda poucos residentes do condomínio foram participar nas aulas de Tai Chi, a partir do que puderam observar dos depoimentos dos alunos a respeito da prática com as professoras que lhes antecederam, Anne e Beatrice identificam uma melhoria no equilíbrio, mais força e menos dores como os principais aspetos positivos relatados pelos alunos.

Num país como os EUA, em que existe uma larga privatização dos serviços de saúde, a perspetiva de Anne coloca algumas questões relevantes no que se refere à importância da condição socioeconómica dos americanos no acesso a serviços de saúde e na sua qualidade, tanto da Biomedicina como da MTC. Como Anne trabalha num condomínio com casas destinadas a reformados carenciados, as suas explicações ajudam a colocar esta questão no que se refere especificamente à população com mais de 65 anos de idade, que constitui o foco central da minha investigação.

Segundo Anne, a maioria dos residentes do condomínio são mulheres, “porque as mulheres vivem mais tempo”. Todos têm mais de 65 anos e, por isso, têm cobertura da seguradora “Medicare”, que é forçada a aceitá-los. No entanto, em muitos casos, a Medicare não cobre a totalidade do valor dos tratamentos:

“A Medicare apenas cobre 80% de certos tratamentos e não cobrem tudo. E por isso, a pessoa fica com uma conta de 20% ou da totalidade de tratamentos que a Medicare não cubra.” (Anne, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

Então, frequentemente, a pessoa precisa de ter um seguro de saúde para garantir a diferença entre a cobertura da “Medicare” e o preço total dos tratamentos. Dependendo da situação do paciente, se ela for de muito baixo rendimento, os idosos podem candidatar-se a um financiamento público dos tratamentos a pessoas com baixo rendimento. Nesse sentido, a maioria dos residentes, tendo um baixo rendimento, têm acesso a quase todos os serviços de saúde de que necessitam, exceto tratamentos dentários e oftalmológicos, para os quais não existe cobertura.

Esta discussão em torno da importância da situação socioeconómica para o acesso aos serviços de saúde nos EUA, conduziu ao relato pessoal das experiências difíceis que as próprias Anne e Beatrice tiveram ao longo da sua vida, em alguns momentos em que se viram no papel de pacientes. Por exemplo, Anne conta-me que teve em tempos uma emergência médica com o seu marido, num momento em que não tinham seguro de saúde. Foi ao hospital, recebeu assistência médica e, no final, apresentaram-lhe uma conta de 20.000 dólares⁴⁷. A este respeito Beatrice é contundente:

“Trata-se de uma máquina de fazer dinheiro que nada tem a ver com a saúde das pessoas!”
(Beatrice, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

A perspectiva de Beatrice é muito relevante pela sua tripla condição: de ter 65 anos e, assim, enquadrar-se na população sobre a qual concentra-se a minha investigação; de ser paciente de Acupuntura e recorrer a toda uma série de tratamentos das terapêuticas não convencionais desde há muitos anos; de ser, ela mesma, Instrutora de Tai Chi contra a Artrite, dirigida sobretudo a praticantes idosos.

Beatrice iniciara a sua prática de Tai Chi há muito mais tempo do que Anne, há cerca de 30 anos atrás em Santa Rosa, Califórnia, com um mestre chinês. Interrompeu a sua prática durante alguns anos e, mais tarde, há cerca de 15 anos atrás, voltou a praticar

⁴⁷ No caso das emergências médicas, os hospitais americanos não podem recusar tratamento mesmo que a pessoa não tenha seguro. Após a prestação dos cuidados médicos, o paciente terá de negociar com o hospital a forma de pagamento da dívida e, nalguns casos, até consegue um desconto substancial. No entanto, o não pagamento da dívida pode dar lugar a processos judiciais que terminem com apreensão de bens.

com uma professora em Santa Cruz. Com essa professora aprendeu a forma dos 5 elementos, que pratica diariamente desde há 15 anos. Também trabalhou com terapias manuais e correção postural, durante 21 anos, e ensinou massagem numa escola em Santa Cruz, onde a sua especialidade era a drenagem linfática.

Apesar de terapeuta manual, Beatrice tem ela mesma diversos problemas de saúde: leucemia linfocítica crónica, taquicardia, dores de cabeça crónicas, fibromialgia. Em busca de uma solução, experimentou variados tratamentos ao longo dos anos. A este respeito, conta-me como a acupuntura tem-na ajudado bastante para o relaxamento, ao mesmo tempo que as idas ao seu Quiroprata ajudam com as dores no pescoço. Outro tratamento alternativo que está a fazer neste momento assenta na injeção de veneno de abelhas, que, segundo ela, é bom para as dores de cabeça e para a artrite:

“Tudo ajuda mas nada é magia. Mas, eu poderia estar morta se não fossem todas essas coisas!”
(Beatrice, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

Já no que se refere ao Tai Chi, a sua prática contribui para uma perspetiva mais calma e positiva em relação aos seus problemas de saúde, ainda que não tenha resolvido os problemas em si.

Perante este quadro de patologias crónicas, tão grave como diverso, Beatrice encontra no “stress” o denominador comum destes problemas. Esse “stress” deriva, em grande medida, de um episódio especialmente traumático, em que o marido foi assassinado quando a filha dela tinha 15 anos. No entanto, Beatrice refere, igualmente, como fontes de “stress” para explicar os seus problemas de saúde, os problemas que tinha no emprego e as fortes privações económicas com as quais teve de se debater ao longo de toda a sua vida. Estas dificuldades continuam a marcar o seu momento presente, sendo que, apesar de estar oficialmente reformada, devido ao baixo valor da sua pensão, faz ainda algumas massagens para ajudar nos custos de vida. Pois, tal como os moradores do condomínio de Anne, Beatrice, encontra-se abrangida por um programa de habitação social, onde paga um terço da renda do lugar onde vive.

Como muitos outros pacientes idosos de MTC que eu viria a encontrar nos diferentes contextos de investigação, o “stress” de Beatrice estende-se à enorme preocupação que tem em relação à sua filha que, com muitas dificuldades económicas, não encontra as condições necessárias para dar a Beatrice a alegria de ter netos:

“A minha filha já tem 35 anos e ainda está à procura de uma forma de conseguir ter uma vida decente. E não tem nenhum seguro de saúde. É assustador!” (Beatrice, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

Observa-se que as longas privações económicas com que teve de se debater ao longo da vida, e com as quais continua a debater-se aos 65 anos de idade, tiveram, não apenas um forte impacto negativo na sua saúde, como influenciam negativamente a sua perspetiva da velhice, amplamente marcada pelo medo de ficar incapaz de continuar a sua longa batalha contra as adversidades:

“A tua panóplia de capacidades encolhe com a idade! Coisas em que eras boa antes... é como se o perímetro ficasse mais pequeno. E então tens de te adaptar a isso, estar bem com isso. E estar bem com a tua identidade atual. Porque estás habituado a construir a tua identidade em torno das tuas capacidades e daquilo que és capaz de fazer. E é frustrante e desanimador quando já não consegues fazer aquilo em que antes eras bom. E há limitações em relação à dieta, à cafeína, ao álcool... fica tudo mais pequeno e mais pequeno. E também o isolamento social! Se tens problemas de saúde e se tens problemas económicos, o teu mundo torna-se mais e mais pequeno. Porque já não tens o ânimo para fazer as coisas que fazias antes e não tens o dinheiro para pagar pelas coisas que queres fazer.. então, ficas mais e mais isolado na tua pequena bolha.” (Beatrice, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

Considerando que as crescentes limitações da velhice e sobretudo a capacidade de aceitação dessas limitações físicas é o maior desafio do envelhecimento e pode tornar-se naquilo que constitui o seu aspeto mais negativo, a perspetiva de Beatrice vai ao encontro do que foi referido por quase todos os idosos com os quais tive oportunidade de interagir, nos diferentes contextos de pesquisa. O que é diferente na perspetiva de Beatrice, alguém que passou por uma vida de luta contra as privações socioeconómicas, é o facto de destacar como a falta de capital económico pode ser determinante para encolher o mundo, já de si pequeno, de muitos idosos, que vivem num grande isolamento social. Nas palavras acima, Beatrice ilustra bem a pertinência dos comentários de muitos terapeutas de MTC, nos diferentes contextos de pesquisa, quando identificaram nos problemas físicos de mobilidade e dor, que afligem grande parte dos idosos, um fator determinante para compreender o seu isolamento social. No entanto, acrescenta a importância de se considerar como a falta de capital económico pode constituir uma enorme agravante desse mesmo isolamento, até porque os recursos disponíveis para aliviar a dor e melhorar a mobilidade são menores.

Diz que é, por essa razão, que o programa de Tai Chi tem um grande enfoque no incentivo dos praticantes para o convívio social:

“Eles ensinaram-me que isso é um aspeto muito importante das pessoas que têm problemas de dor ou artrite. É que as pessoas ficam mais isoladas. Por isso, o programa é muito centrado em termos do bem-estar e de estabelecer uma relação com outras pessoas.” (Beatrice, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

Neste sentido, diz que é muito difícil definir a importância de cada aspeto, porque todos juntos contribuem para o bem-estar. Assim, continuando a referir-se à importância do convívio na fase da vida em que se encontra, afirma que a amizade é muito importante para que se mantenha ativa. O que tem consequências positivas para a sua saúde:

“Eu tenho um grupo de mulheres que é muito importante para mim. E esse tipo de coisas mantem-te engajado. E, se não as tens, aumenta a tua demência e o teu senso de não pertença.” (Beatrice, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

O recurso de Beatrice a diferentes valências terapêuticas, seja a MTC ou a Biomedicina, foi sendo sempre delimitado pelos constrangimentos económicos que caracterizaram cada fase da sua vida. Dá-me o exemplo expressivo do que significa ter problemas de saúde nos EUA, quando não se tem um seguro privado de cobertura médica, contando-me como, entre os 12 e os 18 anos de idade, passou todos esses anos com dores de cabeça diárias, sem poder consultar um médico por falta de recursos financeiros. Por isso, habituou-se a procurar alternativas terapêuticas à Biomedicina e, tal como apontaram os terapeutas de MTC de Santa Cruz, encontrou uma solução nas MAC, entre as quais a MTC, através da sua expressão de intervenção social, com tratamentos a baixos custos, seja na Five Branches University ou noutras instituições como a “Women Care”.

No caso da Five Branches University, muitas vezes, Beatrice servia de estudo de caso para os alunos da escola, recebendo os tratamentos a baixo custo. Ela gostava dessa prática porque estava presente durante a explicação das patologias e tratamentos aos alunos. Entretanto, no que se refere à Women Care, uma organização que apoia mulheres com cancro (cf. <http://fsa-cc.org/womencare/>), é lá que tem recebido tratamentos gratuitos de uma acupuntora há mais de um ano, dirigidos à sua leucemia.

No momento presente, num país com um sistema de saúde com as características dos EUA, a entrada oficial na terceira idade representou a possibilidade de usufruir de serviços de saúde a que nunca antes pudera recorrer. Nesse sentido, Beatrice explica-me que, só no ano passado, começou a ir ao médico convencional, uma vez que, agora que tem mais de 65 anos, já pode finalmente ter acesso aos serviços de saúde cobertos pela Medicare⁴⁸, para procurar tratar os seus múltiplos problemas de saúde.

Para que se perceba a importância desta questão socioeconómica, limitadora do acesso aos cuidados de saúde, com impactos negativos sobre o bem-estar pessoal, quando lhe pergunto sobre como tem vivido esta fase da vida em que se encontra, responde-me:

“Ter pela primeira vez um plano de saúde assegurado e assistência social, a reforma e o apoio à habitação, são os aspetos positivos desta fase da vida! E se tiver um ataque cardíaco posso ir ao hospital e não ter medo de receber uma conta enorme com que a minha filha terá de lidar.” (Beatrice, Instrutora de Tai Chi, Santa Cruz)

A partir da análise deste caso, podemos argumentar a respeito da enorme importância da detenção de capital económico como fator social determinante da saúde (incluindo uma noção de bem-estar) na velhice. Pois, mesmo num contexto diferente, onde exista acesso a um serviço público de qualidade, prestador dos cuidados de saúde necessários à população idosa, como acontece no caso português, a possibilidade de recorrer aos tratamentos de MTC - não só aos tratamento de acupuntura, como às práticas regulares de Chi Kung ou de Tai chi - configura-se como um importante recurso complementar, tendo em vista a promoção da saúde e a garantia do bem-estar: seja através dos benefícios destas práticas no alívio das patologias crónicas ou na redução dos efeitos adversos resultantes dos tratamentos prescritos pela Biomedicina (cf. capítulo 3); seja na promoção de uma maior confiança e otimismo na forma como se lida com os problemas crónicos; ou, seja na promoção do convívio com outros, tão importante para combater o flagelo do isolamento social, que afeta tantos idosos.

⁴⁸ Explica-me que antes de se aposentar ganhava um pouco acima do teto salarial máximo para se poder candidatar a uma cobertura pela Medicruz (cf. <http://www.santacruzhealth.org/mca/index.htm>), que seria a opção mais barata no mercado das seguradoras. Mas, acrescenta que esse teto máximo salarial é completamente irrealista: 800 dólares, quando até um simples quarto para alugar custa mais por mês em Santa Cruz.

Ora, a variação na detenção de capital económico introduz uma desigualdade no acesso à MTC, entre outras MAC (como, geralmente, é o caso dos idosos mais carenciados que não têm recursos para frequentar atividades como o Chi Kung ou o Tai Chi) e, assim, uma desigualdade nas oportunidades de aceder aos estilos de vida saudáveis que essas modalidades terapêuticas procuram promover.

Paradoxalmente, no caso californiano, tendo em conta os custos associados aos cuidados da Biomedicina, os relatos anteriores revelam que o recurso à MTC por parte da população carenciada é, não tanto, uma questão do exercício de uma postura ativa perante a saúde, como é, na verdade, a escolha por uma alternativa possível. No contexto norte-americano, em que a responsabilidade individual sobre a saúde corresponde ao modelo dominante, no sentido em que compete a cada um garantir a contratação de um seguro de saúde particular, a segurança garantida pela Medicare à população idosa contrasta com as histórias dramáticas da população carenciada abaixo dos 65 anos de idade. Ainda assim, encontrar-se apenas acima do limiar da pobreza continua a limitar o acesso às práticas de promoção do bem-estar, entre as quais o Tai Chi e o Chi Kung, que ajudam a tornar a velhice num “lugar menos pequeno”, por referência às palavras de Beatrice, contribuindo para combater o isolamento social e garantir o engajamento ativo com a vida, tão apregoado pelos teóricos do envelhecimento bem-sucedido, na base do paradigma do Envelhecimento Ativo.

O capital económico e a saúde dos idosos, no Rio de Janeiro, Brasil: da prática da acupuntura no Sistema Único de Saúde e nas favelas, aos consultórios privados da Zona Sul

Seguindo a nossa “viagem” analítica para um outro contexto diferente, foi na cidade do Rio de Janeiro, no Brasil, que pude recolher alguns dos mais importantes testemunhos que evidenciam a relevância da detenção de capital económico para a saúde (e comportamentos associados) da população idosa. Durante o meu período de investigação no Rio de Janeiro pude recolher depoimentos de vários médicos-acupuntores, a respeito da sua experiência clínica no tratamento dos mais idosos, num

contexto marcado por fortes desigualdades socioeconómicas. Apresentarei agora uma seleção dos principais casos, que melhor podem evidenciar este ponto.

A acupuntura-médica no Sistema Único de Saúde (SUS)

O Dr. Durval Mota, com 55 anos de idade, é médico-acupuntor há cerca de 30 anos. Formou-se em medicina na Universidade Federal Fluminense (UFF) e, posteriormente, fez uma pós-graduação em acupuntura no IARJ (cf. Capítulo 2). Como foi explicado anteriormente, essa pós-graduação destina-se apenas a médicos e formou, e continua a formar, uma grande parte dos médicos-acupuntores do Rio de Janeiro.

Como foi, também, referido anteriormente, para além dessa pós-graduação do IARJ existe uma outra pós-graduação em acupuntura médica, na UFF, onde o Dr. Durval participa desde o início, como professor, desde há 17 anos atrás. Essa pós-graduação é coordenada pelo seu colega Dr. Márcio Dias, que também tive a oportunidade de entrevistar.

Para além disso, o Dr. Durval fez um mestrado em Antropologia na UFF, cuja tese final concentrou-se numa discussão crítica em torno da cientificidade da acupuntura no Ocidente e, posteriormente, um doutoramento em Antropologia, discutindo as questões culturais que interferem na terapêutica (onde recorre ao conceito de “Racionalidades médicas” de Madel Luz e do seu grupo de investigação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que também serviu a discussão desenvolvida na presente dissertação, nos capítulos 1 e 3).

Tendo em conta a sua formação, foi muito fácil para o Dr. Durval compreender claramente quais os objetivos da minha investigação, algo que contribuiu decisivamente para que se constituísse num dos meus interlocutores principais, no que se refere à parte da pesquisa que foi desenvolvida no Rio de Janeiro.

Com ampla experiência de consultório privado, onde atende pacientes de condição socioeconómica elevada, o Dr. Durval é, simultaneamente, médico-acupuntor numa das poucas unidades de prestação de cuidados médicos de acupuntura que ainda restam no Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Rio de Janeiro. Na verdade,

não está exatamente situada na cidade do Rio de Janeiro, mas na outra margem, em Niterói, na “Policlínica Sílvio Picanço”. Esta clínica serve a componente prática da formação oferecida pela pós-graduação em acupuntura médica na UFF, onde, tal como foi referido, o Dr. Durval é professor.

Explica-me como os pacientes chegam às consultas de acupuntura médica do SUS através do programa de saúde da família em Niterói: a partir dos postos de saúde, os pacientes são encaminhados pelos médicos que entendem que a acupuntura seria benéfica para o tratamento das suas patologias. Evidenciando uma tendência para uma redução da eficácia da acupuntura às patologias do aparelho locomotor – uma representação da eficácia da acupuntura recorrente entre os médicos não especializados em acupuntura e entre os próprios pacientes que procuram este recurso terapêutico – os ortopedistas são, à frente dos médicos de clínica geral, os especialistas que mais encaminham os seus pacientes para tratamentos de acupuntura no SUS. Consequentemente, as principais patologias da população idosa que recorre ao SUS são os quadros álgicos, nomeadamente dor na coluna, dores reumatológicas, dores nas articulações, em geral.

No entanto, na experiência do Dr. Durval, no caso da população idosa, verifica-se, também, recorrentemente, uma orientação dos tratamentos de acupuntura no sentido de procurar resolver ou aliviar problemas de insónia, muitas vezes, relacionados com quadros depressivos, que, muitas vezes, tornam-se evidentes após as primeiras consultas, mais direcionadas para o alívio dos quadros álgicos. Tal como acontece nos consultórios particulares dos 3 contextos em que realizei a minha investigação, são sobretudo as mulheres que constituem a maioria dos pacientes que frequenta as consultas de acupuntura no SUS.

Considerando que existe uma eficácia idêntica dos tratamentos de acupuntura na população idosa relativamente a populações mais jovens, o Dr. Durval considera, no entanto, que, geralmente, o paciente idoso fica mais dependente do tratamento: sendo que os jovens encaminhados para o SUS apresentam, sobretudo, patologias agudas, no que respeita à população idosa, na maior parte dos casos, apresenta patologias crónicas, e, como observa os benefícios da acupuntura, o tratamento tende a ser continuado no tempo. A este propósito, o Dr. Durval desenvolve uma reflexão importante para a

presente dissertação, no sentido em que promove um questionamento crítico do próprio conceito de saúde, que é o elemento primordial por trás da elaboração dos conceitos de envelhecimento saudável, ou bem-sucedido, tornados equivalentes de uma noção de envelhecimento activo. Fala-me a respeito do livro de George Canguilhem “O Normal e o patológico” (Canguilhem, 1978), expondo a ideia, com a qual concorda, de que existem várias normalidades, sendo que a normalidade do idoso precisa de muito mais apoio:

“A medicina, de certa forma, medicalizou a velhice. Assim como medicalizou e já tomou para si a legitimação e o controlo dos síndromes psiquiátricos, que todos têm um título, a medicina tirou do desacerto social o descontrolo psíquico e levou para a medicina. Eu acho que a velhice tem o mesmo lugar.” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Esta ideia servirá, em certa medida, para uma crítica antropológica ao paradigma do Envelhecimento Ativo, que irei desenvolver no capítulo 8. Nela, irei argumentar que a “normalidade” que se pretende promover para os mais idosos é diretamente decalcada do modelo normativo da juventude. É o contraste entre o modelo idealizado e a recorrente falência da saúde na velhice, que se encontra na base da sua “medicalização” - que pretende restaurar uma saúde (e uma juventude) perdida, seja através da prescrição de medicação, ou através da incansável promoção dos estilos de vida saudáveis – com o potencial para conduzir à culpabilização dos idosos pelas suas doenças, muitas vezes, geradora de um desespero dos sujeitos perante o seu “fracasso” pessoal.

Mas, se, até este momento, foram apresentadas algumas considerações sobre a população idosa que recorre aos tratamentos de acupuntura no SUS em termos genéricos, o Dr. Durval revelou-se, igualmente, um interlocutor privilegiado para a compreensão da importância da condição socioeconómica e dos seus impactos sobre a saúde dos pacientes idosos. Sendo que, contrariamente à população que atende no seu consultório privado, de classe média ou alta, a população idosa que recorre ao SUS é, geralmente, uma população de classe económica baixa. A condição socioeconómica dos pacientes, através dos seus impactos sobre a saúde, define uma forma específica de vivenciar a velhice que, como veremos, é variável em função dos níveis de detenção de capital económico.

É algo que torna-se evidente quando o Dr. Durval refere, por exemplo, como a tendência para que os tratamentos de acupuntura com a população idosa tenham uma

maior duração, comparativamente à população mais jovem, na verdade, apresenta uma variação dentro da própria população idosa, em função da sua situação socioeconômica. Ou seja, no caso da população idosa mais carente, verifica-se uma relação de apego do paciente relativamente ao seu médico-acupuntor no âmbito das consultas de acupuntura do SUS, que manifesta-se com uma maior intensidade do que aquela que se encontra no atendimento à população idosa mais favorecida em consultório privado. Pois, como explica o Dr. Durval, no caso da população idosa carente que recorre ao SUS, as consultas de acupuntura, para além do simples e mero tratamento das dores físicas, revelam-se uma das poucas oportunidades para estas pessoas serem ouvidas. A tal ponto que, no tratamento destes pacientes, o mais difícil não é resolver as suas queixas físicas. O difícil mesmo é dar-lhes alta:

“Aqui no SUS eu costumo brincar dizendo que os pacientes do SUS eles têm dois grandes momentos onde eles são ouvidos. Um que não dá muita conta que é o defensor público, que ouve pra caramba, mas não consegue resolver muitas coisas. É o defensor público, porque as questões sociais são de difícil resolução e o defensor público se mata para resolver, mas não consegue resolver.

E a gente aqui consegue resolver, porque o sintoma físico, a maioria deles, a gente resolve. Quer dizer, as queixas que se traz no ambulatório, de dor, de questões ligadas a distúrbios psíquicos, a maioria deles com relação social, sim. Mas, a gente consegue dar um internamento, pedir um exame, orientar para a fisioterapia, quer dizer, dar conta e atender essas demandas do paciente, em que ele se sente satisfeito. Razão pela qual é muito difícil de dar alta! Aqui a coisa mais difícil é dar alta! Porque os pacientes ficam muito presos à acolhida que se dá aqui. Porque as pessoas não tem muitos outros acessos para serem ouvidas do que aqui” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Explicando que, regra geral, são convencionadas 12 consultas por paciente, o Dr. Durval quase sempre defronta-se com uma resistência dos pacientes mais carentes em darem por fim o seu tratamento, aparecendo com uma nova queixa física para prolongar o seu direito a usufruírem dos cuidados médicos prestados:

“Nós convencionamos 12 sessões por paciente, que dificilmente é cumprido! Porque eles fazem pressão e a gente aceita. Ou então, quando você dá alta, passa uns dois três dias e ele reaparece e quer entrar de novo no programa. Depois, se não consegue entrar no mesmo turno, no mesmo dia, ele procura outro dia!” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Não é que esta vontade dos pacientes idosos em prolongarem os tratamentos não se verifique, também, em consultório privado. Na verdade, esta é uma tendência frequente, pois, sempre que observados os benefícios da acupuntura no alívio do

quadro álgico, o paciente idoso consegue reduzir um pouco a grande quantidade de medicação que geralmente toma, algo que aprecia verdadeiramente. No entanto, a importância da condição económica também se faz sentir neste aspeto, na maior facilidade com que os pacientes com maiores recursos adquirem a medicação necessária para aliviar as suas dores, comparativamente com as dificuldades dos pacientes mais carenciados, tendo em conta uma provisão estatal, por vezes, deficitária:

“Tanto no consultório privado como aqui no SUS, a questão de dor nos idosos é muito forte, o quadro álgico. É uma queixa muito comum entre idosos sentir dor. E, no momento, eles tomam muitos remédios, muitos fármacos. Os pacientes do SUS, com mais dificuldade na aquisição dos remédios, porque o remédio é fornecido pelo governo, mas nem sempre tem. No privado é mais fácil, na clínica privada eles comprarem os medicamentos e tomarem. Mas, só que os medicamentos analgésicos têm muitos efeitos colaterais. Então, quando eles descobrem a acupuntura aí é uma coisa que é parecida com o SUS: tanto no consultório privado, como no SUS, o paciente idoso não quer largar a acupuntura nunca mais! É de difícil alta. Porque há uma redução dos analgésicos e ele se sente bem com isso! Melhora o quadro álgico, melhora a qualidade de vida e ele se sente mais motivado para as coisas!” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Mas, a diferença essencial entre os pacientes idosos mais carenciados e aqueles com mais recursos é que, enquanto as consultas de acupuntura no SUS representam, nas palavras do Dr. Durval, uma das raras oportunidades para os primeiros serem ouvidos, os idosos com mais recursos têm acesso, não apenas a muitos outros recursos terapêuticos, mas também, a outro tipo de recursos sociais:

“Nas classes sociais mais altas, eles têm acesso a muitas outras coisas que não sejam só o médico. Eles têm acesso à cultura, à diversão, a viagens, eles têm acesso a uma rede social que permite que eles deem conta mais das suas demandas de doenças ou de desarmonia, utilizando outros recursos que não só o tratamento médico.” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Estas palavras apontam para a necessidade de observar-se, não apenas a variação na detenção de capital económico, mas, também, relativamente a outros tipos de capital – cultural e social – e seus possíveis impactos na capacidade de dar conta “das suas demandas de doenças ou de desarmonia”. Foi algo que procurei fazer nos capítulos anteriores.

O maior ou menor acesso a diferentes recursos terapêuticos, em função da detenção de diferentes tipos de capital, constitui, de facto, um dos mais evidentes fatores sociais determinantes da saúde. Neste sentido, o recurso da população idosa à MTC

deve ser entendido, em qualquer contexto, como o resultado, não apenas de uma vontade individual de adotar uma postura ativa e responsável sobre a saúde, aderindo à “cultura do envelhecimento ativo”, mas, fundamentalmente, das possibilidades e oportunidades para o fazer. As possibilidades relacionam-se diretamente com a questão da detenção de diferentes tipos de capital, ao passo que as oportunidades relacionam-se, não apenas com a condição individual, mas, também, com a estrutura de cuidados médicos de cada contexto.

Por exemplo, segundo o Dr. Durval, só na clínica do SUS onde trabalha existem mais de 2000 pessoas em lista de espera, algo que relaciona-se, diretamente, com o facto de existirem poucos médicos-acupuntores, os únicos autorizados pela lei brasileira a prestarem cuidados de acupuntura no âmbito do SUS. Não se trata, portanto, de uma falta de vontade dos pacientes em aderir aos tratamentos de acupuntura, mas da impossibilidade de o fazerem, dada a escassez de oferta de cuidados médicos:

“É muito difícil! Aqui deve ter mais de 2000 pessoas em lista de espera! Porque tem muito pouco profissional médico formado em acupuntura. Aqui em Niterói só tem aqui esta clínica. No Rio de Janeiro tinha algumas unidades e muitas fecharam... Ainda tem alguma lá, mas menos do que tinha antes. E essa demanda das classes sociais mais desfavorecidas é muito grande. Muito grande!” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Também, a continuidade na atividade laboral ou em outras atividades de valor produtivo, o engajamento ativo com a vida, tal como é definido pelos investigadores do envelhecimento bem-sucedido, na base do paradigma do Envelhecimento Ativo, depende, não apenas da vontade individual, como das possibilidades individuais, relacionadas com a detenção de diferentes tipos de capital, e das oportunidades sociais de participação. No campo das possibilidades, que refere-se à manutenção da atividade laboral após a aposentadoria, existe uma linha clara que separa os idosos mais carenciados do Rio de Janeiro daqueles que têm mais recursos. A pouca saúde dos mais carenciados, leva-os, muitas vezes, a verem-se incapazes de continuar a trabalhar, limitados a viverem das baixas pensões de que usufruem, com consequências nefastas sobre a sua saúde, e, assim, agravando a sua falta de participação ativa:

“A maioria dos pacientes do SUS vivem mal, da aposentadoria que conseguiram. Até porque têm muitas limitações físicas. Eles não têm mais vontade, têm muita depressão, têm dor. Não têm uma condição de vida que lhes permita trabalhar! Os pacientes dos consultórios privados, com mais recursos,

eles conseguem mais. Conseguem se aposentar e continuar a trabalhar noutras coisas. E agora mesmo elas não se aposentam, elas continuam no trabalho. Porque, por exemplo, um funcionário público federal, se ele se aposentar ele perde alguns elementos do salário dele. Então, ele prefere continuar trabalhando e sem ter aquela perda até àquela hora em que ele achar que tem de parar. Não aposenta mais compulsoriamente porque cumpriu os anos que tem de trabalhar.

Há um movimento para você retardar a aposentadoria nas classes mais favorecidas e há uma aposentadoria mais evidente mas com níveis salariais muito mais baixos nas classes menos favorecidas.”
(Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Pelo contrário, a investigação da Antropologia brasileira aponta para a continuidade no trabalho das pessoas idosas mais carenciadas (cf. Peixoto, 2004), algo que é, aparentemente, contraditório com estas palavras de Dr. Durval. No entanto, mesmo que elas se apliquem apenas à amostra de pessoas que recorrem ao SUS e que estão, de alguma forma, doentes, enquanto a perspectiva antropológica descreveria a tendência geral entre os idosos carenciados, mas saudáveis e, por isso, mais aptos a continuar a trabalhar, o que me parece claro é que ambas as perspectivas sustentam a ideia de que a participação ativa dos idosos deve ser pensada, não apenas em função de uma adesão individual à “cultura” do envelhecimento ativo, mas, também, em resultado das possibilidades sociais efetivas que os sujeitos têm de o fazer. Nas palavras do Dr. Durval, de acordo com a sua experiência clínica com os pacientes idosos mais carenciados, essa participação é impossibilitada pela sua falta de saúde, física, psíquica, emocional. Enquanto que, de acordo com a literatura antropológica, a continuação na atividade laboral entre os idosos mais carenciados decorre, em muitos casos, não da sua vontade de estarem ativos, mas dos fortes constrangimentos socioeconómicos, decorrentes dos baixos valores das reformas, que os compelem a continuar a procurar ativamente um sustento complementar no mercado de trabalho.

No campo das oportunidades sociais, é preciso considerar a conjectura socioeconómica de cada contexto e seus possíveis impactos na saúde dos mais idosos, nomeadamente através de uma análise da qualidade dos serviços de saúde, e outros tipos de cuidados, disponibilizados aos mais idosos:

“A aposentadoria no Brasil não é uma coisa que dê conta das necessidades das pessoas no momento em que elas param de trabalhar! A coisa é meio perversa porque, por exemplo, na parte do seguro de saúde privado, o custo a partir dos 65 anos sobe estupidamente e é na hora que a pessoa não pode pagar. Aí as restrições vêm muito por aí também. Os medicamentos, embora o governo alarde que

eles agora disponibilizaram para todo o mundo, isso não é verdade! Os pacientes do SUS, inclusive, têm muita dificuldade de receber os seus medicamentos gratuitos naqueles quadros mais crônicos e o custo é muito alto, então, geralmente, não conseguem dar conta disso.

Mas, eu entendo que agora com a nova legislação das empregadas domésticas no Brasil que está incluindo o cuidador de idoso dentro dela, as condições de horário, de trabalho e as obrigações sociais que os patrões vão ter com relação a esse tipo de empregado, cuidador de idoso, praticamente está afetando muito a saúde dos idosos. Porque a maioria deles não vão conseguir manter um cuidador, como eles estão acostumados a ter.” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Por outro lado, é preciso considerar, também, a forma como cada sociedade lida com o problema do envelhecimento demográfico. Esta questão passa por uma dimensão cultural e social ampla, que se refere à recorrente solidão dos mais idosos, relacionada com uma relação ausente ou, outras vezes, difícil com as gerações mais novas. Esta é, em alguns casos, marcada pelo interesse dos mais jovens na apropriação dos bens dos mais velhos, o que revela uma certa violência mais ou menos declarada que, por vezes, caracteriza as relações inter-geracionais:

“No idoso, o problema social mais comum é a questão da solidão. A questão da solidão é uma coisa premente e levando a quadro depressivo. E nos de maior poder aquisitivo é uma certa queda desse poder aquisitivo, já não dar conta de...

Filhos, por exemplo, que vão ficando mais velhos e aí começam a visualizar os bens que o idoso tem e começam a se reaproximar do idoso na tentativa de os retomar. Estou com dois casos desses na clínica agora. Um caso, inclusive, de uma filha de uma idosa de 95 anos, ela voltou dos EUA, porque ela casou lá e não se deu bem. Voltou para o Brasil, para casa da mãe, ela é filha única, porque tinha um irmão que morreu num acidente de carro. E ela, simplesmente, chegou na casa da idosa e vendeu todos os móveis da idosa!... Pessoal de classe média alta... vendeu todos os móveis da idosa e colocou todos os móveis dela na casa da idosa. E disse que tinha de vender os da idosa primeiro porque ela vai morrer antes!

E essa senhora entrou em depressão, mas quando eu quis intervir, dizendo que tinha elementos de tentar resolver isso, se ela queria a minha intervenção, ela disse que não, prefere não ter problemas com a filha. Então, esses dramas familiares são muito comuns com idosos, muito comuns com idosos!” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Quando me referir ao caso português, mais adiante, veremos como, em período de grave crise socioeconómica, ao mesmo tempo que as relações entre gerações podem ser marcadas por esta violência mais ou menos latente, elas são, também, tantas vezes marcadas pela solidariedade e apoio recíproco.

Mas, a questão é, também, a de saber como é que a sociedade, através do Estado e das suas instituições, lida com o problema do envelhecimento demográfico. Segundo o Dr. Durval, a atenção do Brasil para o problema social do envelhecimento demográfico é ainda muito recente, tendo em conta a estrutura jovem da população brasileira. No seu entender, esta falta de atenção tem impactos diretos na qualidade de vida dos idosos e, a este respeito, considera o muito que ainda tem se percorrer. Pois, a questão do envelhecimento demográfico começa a ser pensada, não a partir da necessidade de garantir a qualidade de vida de uma crescente população idosa, mas, a partir da perspetiva económica, da ameaça à sustentabilidade económica e social:

“Porque inclusive o Brasil, ele não tem uma cultura para o idoso, nada é feito para o idoso. Agora nos últimos 10 anos começa a surgir no Brasil essa questão da atenção ao idoso. Porque, até então, a população era muito jovem, não tinha esse problema. E os idosos morriam mais cedo e eram poucos. Agora não, agora os idosos estão tendo um peso inclusive na própria previdência. Não é à toa que está se alterando os planos previdência retirando todas aquelas regalias que tinha até aí. Por exemplo, não existe mais aposentadoria com um salário integral para o funcionário público federal desde o ano passado. Já não existe mais isso, se você não contribua com a previdência privada, no paralelo. Porque, tirando o que se rouba, e que se rouba muito, a previdência não tem uma previsão de sustentabilidade para dar conta do pagamento dos idosos.

Quer dizer a população economicamente ativa, num curto espaço de tempo, não vai sustentar os idosos no Brasil! Então, há vários cortes nessa área social. Ao mesmo tempo que o Brasil investe aí, populisticamente a meu ver, tentando tirar da pobreza boa parte da população, no programa “bolsa família”, “minha casa, minha vida”... pois, com todo o roubo que se faz, houve uma política nos últimos 20 anos mais voltada para os mais desassistidos. Mas, ao mesmo tempo que se investe aí, não se investe da mesma maneira no outro lado, em manter uma qualidade de vida para o idoso.

Inclusive, os próprios financiamentos, da “minha casa, minha vida”, com um juro baixo para facilitar o acesso, o idoso não tem acesso pela idade dele. Você tem de ter uma expectativa de vida para que o financiamento saia. Então, eu acho que a gente vive uma transição. Embora o discurso contemple muito o idoso, a prática ainda está muito longe de dar conta disso aí no Brasil, hoje.” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

De resto, quando lhe pergunto se, enquanto médico-acupuntor que trata de pacientes idosos, está familiarizado com os conceitos de envelhecimento ativo ou envelhecimento bem-sucedido, embora desconhecedor dos termos, o Dr. Durval responde prontamente, no sentido de que esses conceitos, provavelmente, não passarão

dos elementos base de um discurso destinado a diminuir os encargos sociais com a velhice:

“Eu acho que isso é um discurso voltado para diminuir os encargos sociais na velhice! É igual à medicina baseada na evidência que, para mim, é outro golpe para você justificar os erros e se defender juridicamente. A medicina baseada na evidência surgiu nos Estados Unidos e aí os médicos se arvoram em buscar evidência para qualificar o tratamento em padrão-ouro e eu acho isso ridículo. Eu acho que isso é apenas para dar conta das defesas judiciais quando há contestação do diagnóstico. Na hora que você tem de se defender você mostra a estatística lá e, pronto, se defendeu.

Então, esse discurso de envelhecimento sustentável, eu acho que a questão é até que ponto você não onera o sector público com a sua velhice? Eu ainda não vi nada disso, mas soa muito isso!” (Dr. Durval, médico-acupuntor, Rio de Janeiro)

Também neste ponto, observa-se a necessidade de uma consideração atenta aos fatores sociais determinantes da saúde. Pois, se os dados apontam no sentido de que as pessoas de classes sociais mais desfavorecidas usufruem de pior saúde, é expectável que os idosos destas camadas socioeconómicas venham, efetivamente, a “onerar o sector público com a sua velhice”, nas palavras do Dr. Durval. Ora, se como vimos, o acesso a recursos terapêuticos variados, entre os quais a MTC, que apostam na promoção da saúde e na prevenção da doença, assim como a participação ativa na sociedade, varia, não apenas em função das possibilidades individuais (muito relacionadas com a detenção de diferentes tipos de capital), como, também, das oportunidades oferecidas pela sociedade, é extremamente redutor fazer depender a implementação efetiva do paradigma do Envelhecimento Ativo da implantação de uma “cultura” apropriada ou de uma mera questão de responsabilidade individual pela saúde.

Acupuntura no Rio de Janeiro, das favelas da Rocinha e Pavão-Pavãozinho aos consultórios privados no Leblon: a “função social” da acupuntura

A Dra. Cláudia Ferreira, de 49 anos de idade, é mais uma médica-acupuntora com quem tive oportunidade de conversar durante o meu período de pesquisa no Rio de Janeiro. Formada em medicina, tal como o Dr. Durval Mota, fez, também, a sua pós-graduação em acupuntura no IARJ.

A Dra. Cláudia tem uma experiência clínica de acupuntura particularmente relevante para a minha investigação: trabalhando há cerca de 20 anos no seu consultório no Leblon, um dos bairros mais ricos do Rio de Janeiro, no início da sua carreira como médica-acupuntora, começou por trabalhar no âmbito do SUS e, também, no atendimento à população carenciada da favela da Rocinha, em regime de voluntariado, através de uma ONG. Tendo em conta este currículo, a Dra. Cláudia revelou-se uma interlocutora especialmente apta para falar-me a respeito da importância da condição socioeconómica para a saúde, e para os comportamentos a ela associados, dos seus pacientes idosos.

Para além disso, tendo-me apresentado a vários dos seus colegas de profissão, que viriam a tornar-se parte fundamental do meu conjunto entrevistado, esta médica-acupuntora permitiu-me, também, entrar em contato com Mateus Almeida, formado em Fisioterapia e posteriormente em MTC, exercendo prática clínica de acupuntura na favela do Pavão-Pavãozinho, localizada junto ao famoso bairro de Copacabana, no Rio de Janeiro. É importante considerar a perspectiva de Mateus Almeida porque, para além do seu trabalho clínico de MTC, com grupos de diferentes classes sociais – entre o seu consultório privado no Leblon e o projeto de voluntariado em que colabora na favela - ele representa aqui o ponto de vista dos fisioterapeutas, um dos grupos profissionais que reclama reconhecimento legal para a prática da acupuntura no SUS, ao lado dos médicos⁴⁹.

Mateus Almeida tem apenas 27 anos de idade. Formado em Fisioterapia, o seu interesse pela MTC começou, num primeiro momento, a partir da sua prática de Kung-Fu, uma arte marcial chinesa, que o levaria à prática do Tai Chi e do Chi Kung. Nesse tipo de práticas, aprofundou um entendimento da saúde e da doença que, na sua opinião, já existia na Fisioterapia e que considera bem diferente do entendimento da Biomedicina. Mateus Almeida não gosta de obrigar a uma resposta direta do corpo, algo que diz ser o caminho da Biomedicina, muito invasiva, ao contrário da Fisioterapia:

“Na fisioterapia você regula o corpo e o corpo entende e ele toma o seu seguimento na saúde.”
(Mateus Almeida, Fisioterapeuta e Terapeuta de MTC, Rio de Janeiro)

⁴⁹ Cf. Portaria 971 e a referência aos multi-profissionais da acupuntura e a reação dos médicos-acupuntadores no site do CMBA (cf. <http://www.cmba.org.br/institucional/portaria-971.html>).

Só depois travou contato com a acupuntura, e nela encontrou uma aplicação prática da filosofia que lhe interessava, recorrendo simultaneamente ao uso da Fitoterapia e da prescrição de exercícios de Chi Kung, na procura de regular o corpo dos pacientes, no sentido da saúde.

Fez o seu curso de especialização em MTC, na ABACO, Colégio Brasileiro de Acupuntura e Medicina Chinesa, em 2 anos e 7 meses⁵⁰. Hoje em dia, para além da sua prática clínica, é professor de MTC nessa mesma escola onde se formou, procurando sempre a sua orientação nos clássicos taoistas, que melhor expressam a sua abordagem à saúde:

“Eu busco fazer acupuntura muito de raiz, acupuntura clássica. Então, eu não pego matéria que eu tenha de tocar no olhar contemporâneo, que eu tenha de pegar em matéria de diagnose médica para fazer esse paralelo. Eu não gosto desse paralelo!” (Mateus Almeida, Fisioterapeuta e Terapeuta de MTC, Rio de Janeiro)

Tendo ambos consultórios privados localizados no mesmo edifício do bairro rico do Leblon, mas, com simultânea experiência clínica de acupuntura no atendimento de população idosa de classe baixa, apresentarei alguns dos pontos mais relevantes da perspectiva da Dra. Cláudia e de Mateus Almeida, no que se refere à prática clínica de MTC com estes diferentes grupos de pacientes idosos.

A Dra. Cláudia conta-me como, logo que se formou, começou por trabalhar num projeto de uma ONG, que passou pela instalação de um posto com um médico de família dentro da favela da Rocinha. Nesse contexto, pelo menos uma vez por semana, fazia acupuntura dentro desse posto e tinha uma fila de espera. Posteriormente, foi para o centro de saúde da Gávea (um centro de saúde maior que congrega o atendimento de várias favelas), onde tentou instalar esse serviço de acupuntura, não tendo obtido bom sucesso, “por razões políticas”, no seu entender, uma vez que observava uma grande demanda por acupuntura por parte das classes mais desfavorecidas.

Também, no início da sua carreira, trabalhou no Hospital Miguel Couto, num serviço de acupuntura no âmbito do SUS, que mais tarde viria a fechar pelas mesmas

⁵⁰ cf. Informação sobre ABACO em: <http://www.abacocba.org.br/pages/home.asp>

razões apontadas pelo Dr. Durval, e que se referem à incapacidade dos poucos médicos formados em acupuntura darem conta da enorme demanda:

“O Hospital Miguel Couto tinha um serviço de acupuntura bastante eficaz, bastante importante. Mas, que, infelizmente, foi fechado esse serviço. Porque, justamente, nessa questão da regulamentação, quando o conselho de medicina quer trazer para ele unicamente a prática da acupuntura não dá conta de se instalar em todos esses serviços públicos, porque não tem profissionais suficientes. E como não podem os outros profissionais enfermeiros, fisioterapeutas estar ali praticando, então não tem.” (Dra. Cláudia, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Pois, tal como me descreve, no início da sua carreira no SUS chegou a trabalhar em acupuntura com outros profissionais de saúde, sobretudo, os fisioterapeutas, algo que viria a ser ilegal alguns anos mais tarde:

“Quando eu trabalhei no Hospital Miguel Couto éramos eu e outra pessoa só que era médica. O resto da equipe de acupuntura eram todos fisioterapeutas, inclusive com convênios, com cursos de fisioterapia que faziam estágios nesses serviços. Então, a prática dos alunos era no Miguel Couto, que é um grande hospital aqui. A partir do momento em que você não pode mais ter essa mão de obra e a clientela é muito grande, não tem como dois médicos darem conta disso” (Dra. Cláudia, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Mateus Almeida apresenta o mesmo diagnóstico no que se refere à insuficiência do SUS em prestar os cuidados de acupuntura à população, tendo em conta a falta de pessoal para fazer face a uma elevada demanda. Uma possível resposta para esta situação seria, no seu entender, a integração dos fisioterapeutas nos serviços de acupuntura do SUS, lado a lado com os médicos. Algo que, nas palavras da Dra. Cláudia, como vimos, já foi uma realidade efetiva no passado.

Ficando a prática de acupuntura no SUS restrita aos médicos, e tendo em conta a falta de médicos especializados, os projetos de voluntariado promovidos por ONG, como aquele em que Mateus Almeida encontra-se envolvido na favela do Pavão-Pavãozinho, vão tornando os tratamentos de acupuntura mais acessíveis à população idosa com menor rendimento económico. Neste sentido, o fraco recurso da população de classe baixa à acupuntura não se deve a uma falta de apetência por esta valência terapêutica, mas, sobretudo, a uma falta de possibilidades para o fazer:

“Uma coisa que eu me surpreendi quando comecei a fazer trabalho voluntário é que lá já tinha outros acupunturistas que lá trabalharam. Assim, o trabalho de explicar o que é a acupuntura eu não tive

de falar. E aí eu tive uma surpresa de uma grande demanda de pacientes. Até então, eu achava que as pessoas de classe elevada tinham um grande conhecimento de acupuntura, mas eu percebi que as pessoas de classe baixa também. Elas só não têm acesso. Então, elas têm o conhecimento só não têm o acesso. Apesar de existir no SUS, mas não há em número suficiente.” (Mateus Almeida, Fisioterapeuta e Terapeuta de MTC, Rio de Janeiro)

Repetindo o que já tivera sido enunciado pelos seus colegas terapeutas de MTC, assim como, pelos médicos-acupunctores, nos meus três contextos de pesquisa, a respeito de uma preponderância de mulheres entre a população que recorre aos tratamentos de acupuntura, tanto no SUS, como em consultórios privados, Mateus Almeida reforça, também, a ideia de muitos dos seus colegas de que se verifica uma procura dos pacientes idosos por soluções terapêuticas para um vasto leque de patologias bem diversas, apesar da preponderância das relacionadas com o aparelho locomotor (sobretudo as dores músculo-esqueléticas):

“As patologias são diversas. Principalmente quando eu parei de trabalhar com a fisioterapia. Quando eu trabalhava com a fisioterapia e a acupuntura em simultâneo tinha muita gente com dor musculoesquelética. Dor no cotovelo, dor na coluna. Quando eu parei de trabalhar com a fisioterapia e comecei a trabalhar com a medicina chinesa como um todo, começaram a chegar patologias diversas. Então hoje em dia eu trato desde uma enxaqueca até uma cólica menstrual.” (Mateus Almeida, Fisioterapeuta e Terapeuta de MTC, Rio de Janeiro)

No caso dos seus pacientes no consultório do Leblon, não tanto no que se refere aos mais idosos, mas, sobretudo, no que se refere aos de meia-idade, a procura por tratamentos de MTC pode ocorrer no âmbito da tão almejada promoção da saúde e prevenção da doença, onde a componente psicológica e emocional ocupa um papel central no tratamento, que visa, não apenas o alívio de sintomas físicos, mas a alteração de hábitos de vida. Estes pacientes recorrem à MTC com o objetivo de auto-regulação, de redução do “stress”, de manutenção do equilíbrio físico, emocional e psicológico, enfim, com o intuito de preservar a sua boa saúde, à semelhança do que já tínhamos encontrado no caso de Sara (cf. Capítulo 6), ela mesma paciente da Dra. Cláudia:

“Uma coisa que me tem impressionado é que, recentemente, tem chegado cada vez mais pacientes para uma organização corporal. Teve outro dia uma paciente que chegou aqui e disse assim: “Eu estou vindo aqui, eu nunca fiz acupuntura”, ela é dentista, “e eu tenho uma cliente minha que falou de si e ela se sentiu muito bem organizada”.

Ela hoje em dia estava com uma crise de coluna, mas o que ela queria não trabalhar a crise de coluna, ela queria era ter um eixo, ela queria se sentir mais bem, porque ela acha que emocionalmente é muito bagunçada, é muito desorganizada. Ela acha que corporalmente ela tem muitas queixas, como a cólica menstrual, que desorganiza muito ela. Então, eu tenho tido muitos pacientes que vêm buscando muito isso. “Eu quero me organizar!”. “Eu quero dormir melhor!”. “Eu quero reduzir o meu grau de stress!”. “Eu quero ter uma alegria maior de vida!” (Mateus Almeida, Fisioterapeuta e Terapeuta de MTC, Rio de Janeiro)

O mesmo tipo de desejo de “organização corporal”, nas palavras de Mateus Almeida, não acontece com a mesma frequência entre os pacientes de classes mais desfavorecidas da favela. No entanto, embora o procurem, sobretudo, para o alívio das suas dores musculo-esqueléticas, estes pacientes apresentam, à semelhança dos pacientes oriundos do Leblon, várias questões emocionais, muitas vezes, relacionadas com o seu entorno social e que subjazem os problemas físicos, que constituem apenas a sua manifestação mais aparente. Evidência disso mesmo, é a enorme recetividade que estes pacientes manifestam para o “tratamento” dessas causas psico-emocionais dos sintomas físicos, em moldes semelhantes ao tipo de tratamento que é feito com os idosos de classe social alta:

“No meu trabalho clínico, mesmo na favela, se o cara ali chega falando de dor, eu pergunto do emocional. Se o cara chega com queixas emocionais, que, às vezes, vêm pessoas com depressão, pessoas que não sabem onde vai levar a sua vida, onde vai a seguir, eu pergunto sobre o aspeto físico e mostro a importância da comunhão dos dois aspetos. Eu busco o paciente ter um papel ativo na cura. Eu sou uma parte, você é outra e é a mais importante. Por isso, o Chi Kung, o Chi Kung me trouxe muito isso. Faça a sua parte do trabalho, eu faço o meu. Se nós trabalharmos os dois juntos vai dar tudo certo. Se só um fizer não vai dar certo!

E lá na favela, curiosamente, eu também notado isso e foi uma coisa que me impressionou muito. Porque eu achava que as pessoas lá iam procurar só por causa de dor musculo-esquelética. Lá a maioria é dor musculo-esquelética de facto. Mas, mais uma vez, o mesmo trabalho que eu entro fazendo aqui no consultório do Leblon, eu entro fazendo lá. Fazendo o paciente prestar atenção no corpo dele. Prestar atenção que se ele não dormir bem, essa dor dele não vai melhorar. Se ele não respirar bem, essa dor dele não vai melhorar. E aí, de facto, quando ele começa a ter uma melhora no sono, uma melhora emocional, e a dor vai em conjunto.” (Mateus Almeida, Fisioterapeuta e Terapeuta de MTC, Rio de Janeiro)

A Dra. Cláudia assinala a mesma diversidade de patologias que Mateus Almeida, nos tempos em que desenvolvia a sua prática clínica com os pacientes do SUS. Recorda a sua experiência clínica no SUS como uma experiência de integração

dos tratamentos de acupuntura com outras especialidades médicas diversas, um fator principal para explicar essa diversidade de patologias dos seus pacientes:

“Foi nos anos 90. Acho que 1997, 98... As pessoas eram encaminhadas para a acupuntura normalmente pelos outros serviços do Hospital, Cardiologia, Reumatologia, Ortopedia. E existia, também, um serviço de acupuntura em que as pessoas podiam fazer uma triagem, podiam entrar diretamente e dizer “Eu quero fazer acupuntura”. E aí passavam por um médico, um clínico geral que ia avaliar a necessidade ou não das pessoas fazerem acupuntura” (Dra. Cláudia, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Sendo que, tal como fora apontado pelo Dr. Durval, as dores músculo-esqueléticas constituíam a principal queixa dos pacientes do SUS, no entanto, como resultado do que afirmou a respeito de uma experiência de complementaridade com outras especialidades médicas, acontecia, por vezes, serem os médicos-acupuntadores a fazerem o despiste de problemas de saúde mais graves, subjacentes aos quadros álgicos apresentados pelos pacientes:

“E, às vezes, havia pessoas que nós negávamos o tratamento de acupuntura. “Não, você tem um problema sério de coração. Você tem de ir a um cardiologista!” E aí nós fazíamos essa ponte para um outro serviço. Eu acho que ali o leque de patologias era muito variado!” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Esses casos deviam-se ao facto de o atendimento em acupuntura no SUS ser caracterizado pelo tratamento de um amplo leque de patologias bem diversas. Essa diversidade explica-se, não apenas pelo encaminhamento de pacientes provindos de médicos de diferentes especialidades, mas também, pelo facto de serem pacientes com menor nível de capital económico, comparativamente com os pacientes de classe alta do Leblon que, segundo a Dra. Cláudia, apresentam uma linha de patologias menos variada. Fazendo ressonância com as palavras do Dr. Durval, quando afirmava que as consultas de acupuntura do SUS representavam um dos raros momentos que os pacientes de classe social baixa têm para serem ouvidos, a Dra. Cláudia explica a grande diversidade de patologias dos pacientes que atendia no âmbito do SUS pelo facto de tratar-se de uma população carenciada, que encontrava nos médicos-acupuntadores um dos seus poucos recursos terapêuticos:

“No SUS eram pessoas mesmo pobres, das favelas ao redor, da Rocinha e do Vidigal. Porque quem tinha dinheiro e queria fazer acupuntura não ia lá. Ia aos consultórios privados.

No SUS, apareciam pessoas de todas as idades e, às vezes, com patologias graves. E isso é um viés interessante. Porque no serviço público aparece tudo. Tudo! Desde pessoas com problemas no coração graves, problemas de dor, depressão... Tudo! No consultório, você tem uma linha mais comum de queixas. Stressados, depressão, dores... é como se a pessoa de baixo nível económico procura aquilo ali como uma... ela só pode recorrer aquilo: “então, é lá mesmo que eu vou!”, por qualquer motivo de saúde, qualquer um deles”. (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Pelo contrário, no caso dos pacientes com maior nível de capital económico, o recurso à acupuntura, deriva da possibilidade de escolha entre diferentes recursos terapêuticos, para diferentes patologias específicas. É apenas nesses casos que o recurso à acupuntura, ou à MTC de uma forma mais abrangente, pode obedecer, efetivamente, à lógica da promoção da saúde e da prevenção da doença, ao invés de constituir-se apenas como uma hipótese possível de tratamento de uma patologia já instalada:

“No consultório é diferente. O paciente tem o clínico dele, tem o cardiologista dele... Então, ele vem à acupuntura para determinado problema específico. Tem gente que me procura: “O que é que você tem? – Não, eu não tenho nada, só quero me equilibrar!”. Nem tem uma doença, nem tem um problema!” (Dra. Cláudia, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

De facto, a adoção desta lógica de promoção da saúde e prevenção da doença, através do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis – objetivo recorrente dos terapeutas de MTC e pilar essencial do paradigma do Envelhecimento Ativo - é algo que a Dra. Cláudia identifica como recorrente na realidade cultural muito específica do Rio de Janeiro, particularmente da classe alta que habita o bairro do Leblon, na zona sul:

“A gente está falando de uma realidade muito específica do Brasil, que é o Rio de Janeiro, Zona Sul, Leblon. Diferenciada da que você vai encontrar nos subúrbios do Rio. Aqui a gente tem já um consenso. A Media traz informação. A praia tem vários aparelhos de exercício físico para idosos. Se você for lá de manhã você vai encontrar por lá vários idosos fazendo exercício físico por ali. Eu acho que dentro desta realidade que nós temos não é tão difícil alterar os hábitos de vida. Tem muitas pessoas que me perguntam “Acha que devo comer isso, ou devo comer aquilo?” Então, essa realidade aqui é um público que eu acho mais receptivo a mudanças de hábitos alimentares e à atividade física.” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Considera, inclusive, que trata-se de uma realidade cultural que pode ser extensível à população carenciada das favelas da zona sul, por comparação com outras populações carenciadas, em zonas mais periféricas do Rio de Janeiro:

“Eu trabalhei em favelas da zona sul. Se você for na orla de manhã, você vai encontrar pessoas das favelas com pessoas da Vieira Souto, que é a zona mais nobre do Leblon, caminhando juntas, também fazendo exercícios.” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Mas, existem algumas diferenças importantes entre as classes mais carentes e a classe alta do Leblon, que contrastam com este cenário de abraço conjunto à “cultura” do envelhecimento ativo”. Uma dessas diferenças corresponde a um marcador meramente simbólico, mas elucidativo:

“A pessoa da zona nobre do Leblon não utiliza os aparelhos públicos de exercício, ela vai na academia que ela paga.” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Mas, as diferenças essenciais resultam das condições socioeconômicas de base, que revelam-se estruturantes da forma como as pessoas se relacionam com a assunção de uma postura ativa e de responsabilidade individual sobre a sua saúde, que permitiria a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Pois, retomando as palavras do Dr. Durval, a experiência clínica da Dra. Cláudia sustenta a percepção de que, para os idosos mais carentes, a atividade não é uma questão de escolha, mas de necessidade.

Esta médica-acupuntora encontrou, em muitos dos pacientes idosos carentes do SUS, uma necessidade de continuarem a trabalhar para além da reforma, tendo em conta os baixos valores da sua pensão – em consonância com a literatura antropológica anteriormente referida - ao contrário dos pacientes do seu consultório no Leblon, para quem a atividade é uma escolha individual, que exercem a cada dia, com o intuito de promoverem a sua saúde. Para os primeiros, muitas vezes, não sobra nem o tempo, nem os recursos, e nem mesmo a vontade, para implementar hábitos de vida associados a um estilo de vida mais saudável:

“Agora, acho que o idoso da favela ele ainda é mais comprometido com uma vida produtiva e precisa, muitas vezes, cuidar dos netos. Ele precisa cuidar dos netos quando os filhos saem para trabalhar. Ele ainda, muitas vezes, trabalha de alguma forma para dar mais dinheiro em casa. Então, claro que existem realidades diferentes aí. E aí essa pessoa, de forma alguma, ele não vai ter tanta oportunidade para pensar na alimentação ou na atividade física, porque ela ainda está aí contribuindo para a economia familiar.” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Para além de que, tal como apontara o Dr. Durval, no âmbito das consultas do SUS, não existe tanto tempo para despertar no paciente uma postura ativa, procurando motivá-lo para a adoção de um estilo de vida mais saudável, que passaria pela alteração

de hábitos de vida adquiridos desde há muitos anos. É que, para os idosos carenciados do SUS, os tratamentos de acupuntura, apesar da boa vontade dos seus médicos-acupuntadores, e tendo em conta as longas listas de espera, terão, necessariamente, um fim à vista, num horizonte próximo:

“Eu acolho essas pessoas, elas fazem um vínculo comigo, elas se sentem cuidadas, elas vêm aqui para isso, então, muitas vezes, eu digo “você já pode ter alta!” e elas dizem “Não! Estou com uma dor aqui, uma dor ali” Elas não querem ter alta, elas não querem ir embora, porque elas não querem perder esse cuidado.

E no serviço público então é demais! E aí a gente tem um grande problema no serviço público. Porque como existe uma grande demanda de pacientes, você tem de ter um número limitado de sessões. Você tem dez sessões e o paciente vai ter de ter alta, porque tem outro na fila querendo entrar. E isso é um problema muito grande, porque as pessoas ficavam dez sessões, melhoravam, ficavam dependentes daquele serviço, daquela relação, daquele vínculo e queriam continuar. “Não pode continuar porque tem outras pessoas para entrar”. Isso era muito difícil!” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Com os seus pacientes do Leblon, a Dra. Cláudia tem o tempo necessário para despendar cerca de metade da consulta em conversa sobre os seus problemas sociais e emocionais, que quase sempre subjazem as dores físicas. É, por isso, que os pacientes idosos, tanto os do SUS, como os do Leblon não querem ter alta. É porque encontraram no seu acupuntor alguém que supre uma “função social” – a supressão de uma necessidade social decorrente de baixos níveis de capital social, por vezes, independentemente do nível de capital económico - algo que relembra as palavras da terapeuta californiana Eleanor, anteriormente apresentadas, a respeito da necessidade de prestar TLC (tender-loving-care) aos seus pacientes idosos:

“Hoje mesmo atendi uma senhora de 86 anos. É uma cliente fiel que eu tenho que mora sozinha e ela vir aqui toda a semana é importantíssimo para ela. Ela fez um vínculo comigo e, então, ela vem aqui toda a semana. Ela fala de como está triste porque os filhos não a procuram, não ligam. Então, a acupuntura tem muito essa função social, de estar recebendo semanalmente como se fosse uma terapia, mas não é uma terapia. A pessoa vem aqui uma vez por semana, tira a roupa, deita ali, fica uma hora comigo. Eu passo a saber muito da vida dela. Eu passo quase que a ser uma terapeuta, uma psicoterapeuta dela... sem ser.” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Já tinha desenvolvido anteriormente o argumento de que as dores, recorrentemente reportadas pelos pacientes idosos aos seus terapeutas de MTC, devem ser compreendidas no contexto mais amplo do sofrimento - psicológico e emocional,

tantas vezes, relacionado com o entorno social – que lhes subjaz, um argumento amplamente desenvolvido pelo antropólogo e médico psiquiatra Arthur Kleinman (Kleinman et al. 1997; Kleinman, 1988). Creio que as palavras dos médicos-acupuntadores a respeito dos seus pacientes idosos mais carenciados são bem elucidativas da pertinência deste argumento: desde a afirmação de que o âmbito terapêutico das consultas de acupuntura constitui um dos raros lugares onde estes pacientes podem ser ouvidos, até à constatação da dificuldade frequente em dar alta a estes pacientes. Ou seja, sempre que os médicos-acupuntadores procuram dar-lhes alta surgem novas, ou reincidem as velhas, “dores” que, essencialmente, representam um motivo válido para prolongar o tratamento e, com ele, a oportunidade destes pacientes continuarem a ser ouvidos, endereçando, assim, o tratamento de acupuntura a um sofrimento que extravasa as dores físicas, que constituem, meramente, uma das suas manifestações.

No entanto, algo, em parte semelhante e em parte distinto, sucede com os pacientes com maiores recursos económicos, que conduz os médicos-acupuntadores a uma idêntica dificuldade em dar-lhes alta. No caso destes pacientes, são, não apenas as dores, mas, sobretudo, a solidão e os estados depressivos - um quadro de queixas, muitas vezes, subsumido sob a categoria discursiva do “stress” - que tornam-se os motivos essenciais para prolongar o tratamento.

A análise crítica dos recursos diferenciados a estes dois idiomas distintos de expressão do sofrimento – o das “dores” físicas, mais frequente entre as classes mais carenciadas, e o do “stress” psicológico e emocional, entre as classes com mais recursos económicos – levar-nos-ia longe, no sentido de uma discussão do espaço cultural das categorias do “stress” e das “dores”, que envolveria uma reflexão em torno da construção social da pessoa moderna. Nesse sentido, entrariamos em diálogo direto com a investigação do antropólogo Luíz Fernando Dias Duarte em torno *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas* (Duarte, 1986).

Sendo que essa discussão e essa reflexão ultrapassam largamente o escopo da presente dissertação, não poderia, ainda assim, deixar de notar a recorrente utilização da categoria nervosa por parte dos idosos com melhor condição económica – trata-se da emergência e vulgarização entre estes sujeitos do conceito de “stress” – que parece, de alguma forma, estar ausente do discurso dos idosos mais carenciados – que se

concentram, sobretudo, no relato das “dores”. No entanto, julgo que essa distinção é apenas aparente e que a questão da responsabilidade individual – observada por Luíz Fernando Dias Duarte, como sendo “vital para os nossos observados sujeitos quanto para a teoria da pessoa moderna” (Duarte, 1986: 256) - é o fio que une ambos os idiomas expressivos, apesar das suas distintas configurações, decorrentes, sobretudo, das desigualdades na detenção de capital económico e cultural. Pois, se estas crises de “dores”, ou estas crises de “stress” aparecem ou reincidem quando o idoso está quase a ter alta, importaria saber o que acontece quando ele regressa ao seu estado “normal”, na ausência destes sintomas patológicos. E, de facto, tal como será analisado com maior detalhe no capítulo seguinte, muitas vezes, a doença permite ao idoso mais carenciado usufruir de um “sossego” – em muitos casos, evitando ter de regressar à vida laboral ativa e ao cumprimento de inúmeras tarefas familiares – ou, no caso dos idosos economicamente mais favorecidos, mas tantas vezes apresentando um défice de capital social, a doença permite-lhes receber a atenção e o afeto que não encontram no seu estado “normal”.

Ou seja, estas crises de “dores” ou estas crises de “stress” deflagram sempre que os idosos, menos detentores de capital social ou económico, temem não estar à altura das responsabilidades que lhes são exigidas. Desta forma, estas “dores” e este “stress” deve ser compreendido no âmbito do sofrimento social (Kleinman et al., 1997), refletindo, fundamentalmente, um “englobamento do físico pelo moral” (Duarte, 1986)⁵¹.

Ainda que se verifique uma diferença entre os idosos de diferentes classes sociais nas patologias apresentadas, em função dos impactos de importantes fatores sociais determinantes da saúde ao longo de toda a sua vida, observa-se que, na maioria dos casos dos pacientes idosos de MTC, independentemente da sua classe social, o seu sofrimento físico deve ser sempre compreendido como sofrimento social, apontando para a “função social” da acupunctura, de que nos falava a Dra. Cláudia Ferreira. Assim, a diferença essencial entre estes pacientes de diferentes classes económicos não está,

⁵¹ Cf. Quintela, 2008. Nesta investigação a autora faz uma análise comparativa da prática terapêutica termal na Sulfúrea (Portugal) e nas Caldas da Imperatriz (Brasil), onde também descobre diferentes idiomas de expressão dos sintomas e formas diferentes de cuidado com o corpo por parte dos aquistas/banhista, em função da sua idade, da classe económica, ou da escolaridade, evidenciando a importância da compreensão do sofrimento individual no âmbito social e cultural.

pois, no seu sofrimento, mas no facto de que os pacientes idosos do Leblon podem pagar por cuidados continuados que, tratando não apenas das suas patologias físicas, mas também do seu sofrimento emocional, relacionado com o seu contexto social, vão trazendo o reforço constante de que necessitam para desenvolverem uma postura mais ativa e de maior responsabilidade individual perante a sua saúde. Ao passo que, no caso dos idosos mais carenciados - quando, para além da necessidade económica, também se verifica a existência de outros tipos de necessidade, nomeadamente, de apoio social, emocional e psicológico - o tempo, necessariamente curto, do tratamento de acupuntura no SUS não é, muitas vezes, suficiente para permitir alterar os hábitos de vida, na direção da efetiva adoção de um estilo de vida mais saudável.

O capital económico e a saúde dos idosos, em Lisboa, Portugal: a crise socioeconómica

Se a realização de pesquisa no contexto norte-americano - onde um sistema de saúde privado impõe a responsabilidade individual de cada um assegurar os devidos cuidados de Biomedicina, através da sua contratualização particular – e a pesquisa em contexto brasileiro – caracterizado por fortes assimetrias socioeconómicas – me permitiram retirar algumas pistas relevantes para a problematização da relevância dos fatores sociais na determinação da saúde da população idosa, a realidade portuguesa viria a revelar-se um *locus* privilegiado para esta indagação. Pois, o período de realização da minha pesquisa no contexto de Lisboa, entre 2010 e 2014, apenas interrompido, a espaços, pelos períodos de permanência nos outros dois contextos de investigação, coincide com um período de grave crise socioeconómica.

Esta crise tem o seu início declarado em maio de 2011, momento em que o governo português pede um resgate financeiro internacional, prestado por uma entidade tripartida, recorrentemente designada por “Troika” nos media portugueses: o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e Comissão Europeia. A partir desse momento, acoplado a esse resgate financeiro, veio o “Memorando da Troika”⁵² que,

⁵² Assim designado pelos Media portugueses, o “Technical Memorandum of Understanding” (TMU), elaborado em 17 de Maio de 2011, pode ser consultado em <http://aventadores.files.wordpress.com/2011/05/20110517-tmu-en.pdf>

através da imposição de parâmetros orçamentais rígidos, daria lugar ao que, desde então, tem vindo, frequentemente, a ser designado entre os estudiosos do assunto, pelos Media e pelo próprio governo, como as “medidas de austeridade”. Para além da aplicação dessas medidas – que incidiram, sobretudo, sobre o aumento da carga fiscal sobre os trabalhadores, traduziram-se em cortes nos salários da função pública, e numa redução dos valores das pensões - o período de realização da minha investigação seria, também, um período marcado por um aumento inusitado da taxa de desemprego⁵³.

Ora, este quadro socioeconómico viria a tornar-se preocupação frequente dos pacientes idosos que recorrem à MTC, tal como pude observar através das suas entrevistas, reforçadas pelas entrevistas complementares aos seus terapeutas de MTC, e, também, pela observação participante realizada em salas de espera, nos momentos que antecederam essas consultas. Os dados recolhidos a respeito da realidade portuguesa, concentrando-me, sobretudo, em Lisboa, evidenciam a preponderância dos fatores sociais determinantes da saúde, nomeadamente: a forma como a condição socioeconómica tem impactos diretos sobre a saúde; a forma como essa condição socioeconómica limita a possibilidade de adoção de comportamentos de promoção da saúde e de prevenção da doença, associados aos estilos de vida saudáveis. Neste sentido, a análise dos dados empíricos recolhidos evidencia que a adoção de uma postura ativa do paciente idoso sobre a sua saúde – tão central no paradigma do Envelhecimento Ativo - não pode ser pensada, apenas, ao nível da responsabilidade individual do paciente, mas deve ser pensada, sobretudo, ao nível dos fatores sociais determinantes da

⁵³ O impacto da crise e das medidas de austeridade tem sido analisado pelo Observatório das Desigualdades, do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL), que é a instituição responsável pelo seu funcionamento e coordenação científica, tendo por instituições parceiras o Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (ISFLUP) e o Centro de Estudos Sociais da Universidade dos Açores (CES-UA). De acordo com a informação disponibilizada por este observatório:

“A presente crise económica e social e as respetivas políticas de austeridade poderão agravar drasticamente as desigualdades. Um estudo recente simulou os efeitos das medidas de austeridade no rendimento dos agregados domésticos, tendo em conta a distribuição desse recurso monetário por subconjuntos da população dos respetivos países. A análise focou-se em três áreas de austeridade onde se registaram alterações nas políticas públicas: os impostos diretos, as transferências monetárias para as famílias e pensões, e os salários no sector público. De acordo com este estudo, Portugal é um dos países em que as políticas de austeridade relacionadas com as transferências monetárias para as famílias e pensões mais afetaram os grupos da base da distribuição do rendimento.” (in <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=124> , consultado em 12-12-2014)

saúde e das possibilidades efetivas para a adoção dos estilos de vida saudáveis. É o momento de olharmos para esses dados empíricos recolhidos no âmbito da minha investigação, partindo deles, para, mais tarde, fazer o seu enquadramento em função de outros dados relevantes relativos à crise socioeconómica que assolou a realidade portuguesa e, em grande medida, os mais idosos.

Para além da prática clínica em consultórios privados, alguns terapeutas de MTC portugueses, à semelhança do que fora encontrado no contexto californiano e no contexto do Rio de Janeiro, desenvolvem uma prática clínica (sobretudo de prestação de tratamentos de acupuntura) a baixos custos, ou mesmo em regime de voluntariado. Foi a forma que encontraram para contornar as limitações económicas de uma grande parte da população portuguesa que encontra-se impossibilitada de aceder a este tipo de cuidados, tendo em conta a ausência de comparticipação estatal dos tratamentos de MTC e uma existência deficitária da sua cobertura ao nível dos seguros privados. Ao mesmo tempo, tendo em conta que este tipo de prestação de tratamentos de MTC enquadra-se, muitas vezes, num esforço promovido por diferentes instituições de ensino/prática clínica de MTC, e, não apenas, como resultado de um mero esforço de vocação individual para o voluntariado, entendo a prestação de cuidados de MTC em regime de baixos custos e/ou em regime de voluntariado como uma estratégia de angariação de prestígio social, com possíveis dividendos no presente e futuro dessas instituições: contribuindo para uma maior implantação da MTC na sociedade portuguesa, ao levar os seus cuidados a um público mais vasto; permitindo, assim, conquistar a legitimidade social que pode contribuir positivamente para estas instituições de ensino, no âmbito do processo de regulamentação legal da MTC (e, possivelmente, favorecer a comparticipação estatal dos tratamentos, ou uma maior cobertura por seguros privados, num futuro próximo).

De facto, a maior parte dos casos que apresentarei em seguida evidenciam este empenhamento institucional na prestação de tratamentos de MTC em regime de baixos custos e/ou de voluntariado:

- o Projecto Alternativo de Saúde (PAS), sediado em Almeirim, da iniciativa de Pedro Choy, fundador da Universidade de Medicina Chinesa (UMC), que presta tratamentos de MTC em regime de voluntariado;

- os tratamentos de MTC prestados na Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, um projeto que resultou da iniciativa de dois alunos da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa, no âmbito de uma cadeira que obriga justamente ao desenvolvimento de um projeto social, de prestação de tratamentos de acupuntura em regime de voluntariado;

- os tratamentos de acupuntura a baixos custos prestados nas Juntas do Sagrado Coração de Jesus e de Alcântara que, embora, em grande medida, centrados na pessoa de Carlos Ventura, acupuntor e representante dos Fitoterapeutas para a Comissão Técnica Consultiva que participou na elaboração da regulamentação das TNC em Portugal, têm uma ligação direta com o Instituto Hipócrates de Ensino e Ciência, sendo que é nessa mesma instituição que são recrutados outros terapeutas que, ocasionalmente, têm vindo a prestar serviços nestas juntas de freguesia.

Para além disso, duas das principais escolas de formação em MTC de Lisboa – a ESMTC e a UMC (cf. Capítulo 2) - tal como a sua congénere na Califórnia, a Five Branches University de Santa Cruz, prestam tratamentos de acupuntura a baixos custos nas suas instalações, através de um modelo de ensino que assenta nos estágios clínicos dos seus alunos.

Para além de representarem um valor acrescentado no que se refere à conquista de prestígio social, a prestação de tratamentos de MTC em regime de voluntariado ou a baixos custos representa, na prática, uma alteração do quadro recorrente de recurso à MTC: nestes casos que irei apresentar, como veremos, a população idosa constitui a maioria dos pacientes. Ou seja, constituem os lugares preferenciais para uma análise do recurso da população idosa à MTC que, como vimos, é geralmente minoritário. E, desde logo, evidenciam a importância dos fatores sociais como determinantes da saúde da população idosa, neste caso, no que se refere à sua utilização de outros recursos terapêuticos que não a Biomedicina.

Isto porque o facto da população idosa ser preponderante nestes contextos deve-se, essencialmente, a dois motivos:

- os baixos custos ou mesmo gratuitidade dos tratamentos desperta um interesse pela MTC até então inexistente, numa população que, na maioria dos casos, apresenta escassos níveis de capital económico (entre outros tipos de capital);

- esse interesse é reforçado pelo convívio gerado nestes lugares, que tornam-se, não apenas, lugares de tratamento de problemas físicos, mas, também, lugares que servem o cuidado de necessidades de outro tipo: emocionais, psicológicas, sociais.

Ao passo que o primeiro motivo evidencia, claramente, a importância do nível de capital económico, geralmente reduzido, para explicar o fraco recurso da população idosa à MTC na maioria dos contextos, o segundo motivo aponta para a importância da detenção de outros níveis de capital na saúde (incluindo o bem-estar geral) dos mais idosos, evidenciando a pertinência, também para a realidade portuguesa, da observação anteriormente feita em relação ao contexto brasileiro, a respeito da “função social” dos tratamentos de MTC (quase sempre centrados nos tratamentos de acupuntura).

Sigo, então, com a apresentação dos casos que evidenciam a extrema relevância da detenção de capital económico, quer para que se verifique o recurso à MTC por parte da população idosa, num primeiro momento, quer para a efetiva adoção de uma postura mais ativa e responsável sobre a sua saúde, num segundo momento, conducente à adoção de um estilo de vida mais saudável.

O Projeto Alternativo de Saúde (PAS), em Almeirim: a atividade laboral na base das patologias dos idosos carenciados

Nijamodine Hamido, 61 anos de idade, é um acupuntor diplomado pelo Instituto Português de Medicina Tradicional Chinesa, o embrião do que mais tarde viria a tornar-se na Universidade de Medicina Chinesa (UMC), fundada por Pedro Choy (cf. Capítulo 2).

Sendo que, na altura em que se formou, o curso já tinha a duração de 5 anos e já incluía estágio clínico na China, a sua formação é, tal como a dos atuais licenciados pela UMC, também reconhecida oficialmente pela Universidade de MTC de Chengdou, na China.

Tendo terminado o seu curso há cerca de 30 anos e começando logo a exercer MTC, hoje atende pacientes em diversos locais em redor de Lisboa: Carcavelos, Azambuja, Santarém, Coruche. Nesses locais, trabalha em clínicas privadas.

Mas, a grande relevância da sua entrevista no âmbito da minha investigação prende-se com a sua experiência, não só no âmbito do atendimento a pacientes em diferentes clínicas privadas nos diferentes locais referenciados, como pelo facto, de Nijamodine Hamido ser o diretor clínico de um programa de atendimento em MTC, em regime de voluntariado, em Almeirim, cerca de 90 km a norte de Lisboa. A comparação das diferenças entre as suas distintas experiências de atendimento clínico, em âmbito privado ou em regime de voluntariado, revelou-se da maior importância para clarificar alguns aspetos fulcrais da minha investigação.

O programa de voluntariado é designado por Projeto Alternativo de Saúde (PAS), tendo surgido da vontade de Pedro Choy e de outros colegas em atender a população mais carenciada. Entretanto, o projeto dura já há mais de 10 anos, sendo Nijamodine Hamido o seu membro integrante mais antigo.

O motivo da escolha de Almeirim prende-se, segundo Nijamodine, com questões pessoais da vida de Pedro Choy:

“O PAS começou como instituição devidamente estruturada, organizada com esse objetivo em 2001, que foi o ano Internacional do Voluntariado. E é um projeto antigo do Dr. Pedro Choy. O Dr. Pedro Choy tem uma ligação afetiva a Almeirim, um período da infância dele passou em Almeirim, e, portanto, uma das características do Dr. Pedro Choy é que não esquece as pessoas. E, portanto, sempre manteve essa ligação com Almeirim. Os idosos de Almeirim, os mais carenciados obviamente, procuravam muitas vezes o Dr. Pedro Choy e lembravam-se do menino Pedro. Portanto, quando tinham problemas de saúde, em última instância procuravam o Dr. Pedro Choy, portanto o menino Pedro, para que as ajudasse, porque foi sempre uma pessoa solidária. E atendeu essas pessoas, tratou sempre dessas pessoas. E foi atingindo uma dimensão muito grande e, um dia, ele desafiou uma série de colegas: “e que tal se criássemos uma estrutura onde pudéssemos atender pessoas carenciadas, pessoas que não pudessem pagar?”

E é em 2001 que nasce o projeto. Vários colegas aderiram e hoje aqui estamos há 11 anos. Eu sou o mais resistente de todos eles, Estou cá desde o início. Vai entrando gente, vai saindo e há sempre gente a querer entrar. E, então, mantemos um acordo com os colegas que se voluntariam para fazer o projeto, de um mínimo de 6 meses, para dar lugar a outras pessoas.” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

O projeto atingiu uma dimensão relevante: na data da entrevista com Nijamodine, em finais de 2012, o PAS contava, nesse semestre, com a colaboração de 61 voluntários e garantia a colaboração de 70 voluntários para o semestre seguinte. E,

de acordo com o meu interlocutor: “E fica muita gente fora, muita gente que queria colaborar!”.

Alguns dos integrantes do projeto são alunos formados pela Universidade de Medicina Chinesa, como a jovem terapeuta de MTC Inês Bernardo, de quem falarei mais adiante. Para ter uma ideia mais clara da dimensão do projeto é preciso olhar para o número de pacientes atendidos por mês: uma média de 500 pacientes por mês, com um pico máximo de 580 e um pico mínimo de 250.

A flutuação do número de pacientes ao longo do ano prende-se com a caracterização socioeconómica da população local. O PAS destina-se, exclusivamente, ao atendimento de população com baixos rendimentos económicos, sendo que, para terem acesso aos seus serviços, os pacientes têm de passar previamente por uma espécie de triagem, feita pelos serviços sociais da câmara municipal. Para além destes pacientes, os únicos que têm melhores condições socioeconómicas e que, também, são assistidos no PAS são os próprios funcionários da Câmara Municipal, que podem usufruir dos tratamentos de MTC, em função de um acordo de interesse mútuo entre ambas as partes:

“Ora bem, nós aqui atendemos carenciados. E, como disse, este é um projeto antigo do Dr. Pedro Choy, em que, depois, a Câmara aderiu ao projeto. Neste projeto, a Câmara fornece as instalações. Estas instalações em que trabalhamos são instalações que eram da Junta de Freguesia. A Câmara dá as instalações, o consumo de energia e de água.

Agora, as marquesas, todos os consumíveis, papel de marquesa, o algodão, o álcool, as agulhas, as luvas, as fórmulas fitoterápicas, tudo aquilo que custa dinheiro para fazer funcionar uma clínica, é suportado pelo Dr. Pedro Choy. Os acupuntores oferecem o seu trabalho, portanto, tudo o que está aqui dentro que custa dinheiro é suportado pelo Dr. Pedro Choy.

E atendemos carenciados. E outra das condições no acordo com a Câmara é que, para além dos carenciados, atendemos os trabalhadores da Câmara. Os únicos que não são carenciados são os trabalhadores da Câmara.” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

Muito útil para a minha investigação foi a existência de dados recolhidos e organizados pela estrutura do PAS no que respeita à caracterização sociodemográfica dos seus pacientes: são, sobretudo, mulheres e a média de idade das mulheres é de 66 anos; e menos homens, com uma média de idade de 73 anos. Contudo, a amplitude de idades vai dos 3 aos 89 anos.

As palavras de Nijamodine Hamido apontam para uma relação clara entre a caracterização socioeconómica da população e o tipo de patologias apresentada:

“Ora bem, se nos focarmos na população mais idosa, que é a população que mais nos procura e que, para além de ser idosa, é uma população carenciada, população que vive em casas com poucas condições de habitabilidade, população que se alimenta muito mal, população que desde os onze, doze anos trabalha na agricultura, com os pés mergulhados na humidade, na água e que, ainda hoje, trabalha, é fácil percebermos que predominantemente são os problemas osteo-articulares, que são incapacitantes. Isso é o que predomina.” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

Portanto, estamos perante um projeto de atendimento voluntário em MTC, destinado a população carenciada, sendo que, ao contrário da prática de MTC em consultórios particulares nos 3 contextos investigados, e que, também, constitui a norma para outros contextos, de acordo com a literatura especializada (cf. capítulo 1), a população que a ele mais recorre é a população idosa, que ocupa, justamente, o centro da minha investigação. A justificação avançada para a procura dos serviços prestados prende-se com o facto de esta população idosa, muitas vezes, não ter o dinheiro suficiente para comprar os medicamentos prescritos pelos médicos.

Segundo Nijamodine, as pessoas voltam quase sempre porque:

“Começaram a ter melhor resposta aqui do que tinham através da medicina convencional. E as pessoas buscam o que é melhor para elas.”

As patologias apresentadas estão de tal forma relacionadas com as condições socioeconómicas da população que a eficácia terapêutica dos tratamentos prestados é medida tendo em conta a flutuação sazonal do recurso à MTC. Ou seja, se ele for mais reduzido no período das colheitas é sinal da eficácia dos tratamentos prestados anteriormente, que, assim, permitiram o regresso destas pessoas ao trabalho no campo. Naturalmente, como consequência desta atividade laboral, segue-se um pico no recurso à MTC, que deverá preparar as pessoas para que possam permanecer ativas, regressando aos campos no ano seguinte, garantindo o seu sustento, num ciclo que se repete:

“Agora, temos um pico máximo de 580 e um pico mínimo de 250. O pico mínimo acontece numa altura muito curiosa que é a altura da apanha do tomate, apanha do melão e a altura das vindimas, porque nós atendemos muitos pacientes. E isto para nós é gratificante porque sabemos que é nessa altura! Porque essa é a resposta, para nós, do trabalho que estamos a fazer. É que nós estamos a conseguir dar

qualidade de vida às pessoas, para que elas possam ir para o terreno fazer trabalho para o seu sustento. E isso para nós é gratificante.

Claro que, depois de uma campanha de apanha do tomate, de apanha das vindimas, verifica-se um aumento da gente que vem à procura de curar as suas mazelas. E este é um lado muito significativo, porque eles sentem-se úteis e nós, de certa maneira, contribuímos para que isso aconteça. E em termos da saúde mental isso é significativo, em termos de auto-estima também” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

Quando me falou a respeito da importância das questões de saúde mental, mencionando a questão da auto-estima, inspirando-me no que pude observar noutros contextos, com outros terapeutas de MTC/médicos-acupuntores, perguntei a Nijamodine que importância têm as questões psicológicas, emocionais, muitas vezes, relacionadas com o entorno social, nas consultas de acupuntura, no âmbito do PAS. A sua resposta encaminha-me, novamente, para a importância de se pensarem as motivações do recurso à MTC, assim como, as patologias apresentadas pelos pacientes (sejam referentes a problemas físicos ou às recorrentes questões psicológicas e emocionais que os acompanham), tendo em conta a heterogeneidade socioeconómica que caracteriza a população idosa.

Baseando-se na sua experiência clínica, marcada pela diversidade socioeconómica dos seus pacientes - dos que recorrem às consultas privadas de MTC em Cascais, até aos pacientes carenciados que recorrem ao PAS de Almeirim - a perspetiva de Nijamodine aponta para as importantes consequências dos fatores sociais, nomeadamente, da condição socioeconómica dos sujeitos, sobre a saúde dos pacientes idosos:

“Em consultórios que estão inseridos numa zona social mais favorecida temos outro tipo de problemas. No caso da população mais favorecida nós temos problemas das chamadas doenças mentais, stress, depressão.” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

Também, de enorme relevância para a minha investigação, é o facto de Nijamodine - para além de apontar para as consequências das desigualdades socioeconómicas sobre a saúde dos sujeitos, quando observa os casos extremos dos seus pacientes, dos mais favorecidos aos mais carenciados – observar, especificamente, os impactos do empobrecimento súbito das classes médias sobre a sua saúde, decorrente do contexto de crise económica que caracteriza a realidade portuguesa, desde 2011,

nomeadamente, no que se refere às dimensões psicológicas e emocionais, mas com importantes consequências físicas:

“Populações favorecidas que vêm o seu capital diariamente a perder valor, e que trabalharam uma vida para criar um património que lhes desse conforto na sua ultima etapa da vida, vêem-se agora a braços como uma série de incertezas, na iminência de ver desmoronar tudo e isso origina, de facto, problemas que afetam a saúde mental das pessoas.

Nós já começámos aqui a receber, já começou há uns dois anos, começámos aqui a receber o carenciado que vem de gravata. Ele era comercial até há um mês atrás e estava habituado a apresentar-se de fato e gravata e, de repente, ficou sem emprego, ficou ele sem emprego, ficou a mulher sem emprego. E, um mês depois, ele ainda não se habituou a tirar o fato e a gravata e aparece de fato e gravata, a pedir ajuda. Claro que esta questão tem impactos! E aparecem com depressões, aparecem a dizer que não conseguem dormir.” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

Neste caso, trata-se de um reconhecimento dos impactos das transições de estatuto socioeconómico em sentido descendente, com impactos negativos a nível emocional e, consequentemente, sobre a saúde dos sujeitos (Turner et al., 2006).

Ao mesmo tempo que se observam os impactos negativos da crise socioeconómica sobre as classes médias, ao nível da sua saúde mental, sejam homens ou mulheres, indiferentemente, segundo Nijamodine, os impactos da crise sobre a saúde população idosa mais carenciada são particularmente avassaladores. Nijamodine observa a, cada vez maior, recorrência das conversas dos seus pacientes idosos em torno dos problemas sociais relacionados com a crise económica, e com consequências emocionais e psicológicas, no âmbito das suas consultas no PAS. No caso desta população idosa, as condições de vida precárias agravam os seus problemas de saúde, ao mesmo tempo que a ausência de capital económico impede a adesão completa às sugestões terapêuticas do terapeuta:

“Eu posso prescrever um determinado produto dietético a alguém, mas não devo prescrever sem perceber se ela tem condições para cumprir aquela dietética. Se ela não tiver condições, pode ser violento para essa pessoa. Primeiro é irrealista. Porque se eu prescrevo uma coisa que ela não tem condições para cumprir, eu não conheço aquela pessoa. Se não a conheço, eu não sou a pessoa indicada para tratar aquela pessoa, ainda não é o momento. Eu tenho de perceber quem é aquela pessoa, tenho de perceber as condições de vida, tenho de perceber um conjunto de aspetos. E a minha resposta tem de ser uma resposta adaptada àquela pessoa, tem de ser realista. Eu não posso prescrever “Mas, eu isso não posso fazer porque tenho esta ou aquela dificuldade”. Não, eu isso eu não posso fazer. É um erro. É como se eu estivesse a tratar de alguém que nem sequer olhei para a cara. Como muitos dizem quando vêm ter connosco. Que

foram ao seu médico, ele nem sequer olhou para a cara e prescreveu. Portanto, eu não consigo conceber que se possa prescrever alguma coisa e depois ser confrontado com essa não possibilidade da pessoa poder cumprir.

Também aqui esta população carentiada sofre isso, que vai ter consequências sobre todos os outros aspetos da saúde. Como dizer a um doente diabético que tem de cumprir uma determinada dieta? Ele come o que aparece! Ele come o que aparecer! Como dizer a alguém que aparece na nossa consulta, idosa, com problemas álgicos, dizer-me em que circunstâncias é que agrava a dor e em que circunstâncias é que alivia e ouvir alguém com 85 anos de idade dizer “Doutor, quando posso tomar banho e no dia em que tomo com água quente é uma bênção” Quando pode! E quando toma com água quente! No dia em que toma com água quente! É uma bênção!

Muito já fazemos nós. E, por isso é que eu disse no início, nos períodos de colheita, quando nós vemos baixar o número de pacientes, percebemos que estamos a conseguir ajudar as pessoas, porque damos a dar condições de elas poderem trabalhar. E é, por isso, que aqui também nós oferecemos a fitoterapia. Oferecemos! Nós oferecemos tudo! No fundo, quem oferece é o Dr. Pedro Choy. Ele é que suporta os custos. Se são carentiados, não têm meios. O Dr. Pedro Choy suporta.” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

Estas palavras sustentam bem o argumento de que a abordagem “holista” dos terapeutas de MTC (cf. Capítulo 3) exige sempre uma consideração atenta da condição socioeconómica do paciente, sendo que a detenção de um certo nível de capital económico (entre outros tipos de capital) é indispensável para que se verifique a adoção de um estilo de vida mais saudável pela população idosa:

- quando a atividade é uma opção e não a própria causa dos seus problemas de saúde;
- quando existe capital económico disponível para a adoção de uma alimentação mais saudável;
- quando o exercício físico decorre da necessidade de contrariar o sedentarismo após a aposentação.

No sentido da promoção desse estilo de vida saudável, a MTC constitui-se como um recurso terapêutico que, não fosse o PAS, seria inacessível à população carentiada de Almeirim. Algo que, segundo Nijamodine, só poderia ser suplantado pela inclusão da acupuntura no Serviço Nacional de Saúde:

“A população carenciada não consegue ter acesso porque ainda não existe medicina tradicional chinesa como oferta nos centros de saúde. Portanto, só quem tem dinheiro é que tem acesso! E aqui o PAS surge exatamente para dar acesso a quem não tem dinheiro. A quem não tem meios económicos para ter acesso àquilo que nós entendemos que cada um tem direito.” (Nijamodine Hamido, Terapeuta de MTC, PAS)

Inês Bernardo

Inês Bernardo, com 23 anos de idade na altura da minha entrevista, era, por essa altura, finalista do curso de MTC da Universidade de Medicina Chinesa, onde estudava em regime pós-laboral. Durante a semana, fazia o curso de Naturopatia da escola de Estudos Avançados de Naturologia (EAN), em Lisboa⁵⁴. Na altura da entrevista, Inês era um dos muitos voluntários do PAS, em Almeirim, pelo que a sua entrevista constitui um importante complemento para o que foi anteriormente dito sobre este projeto de voluntariado em MTC.

No mesmo sentido que apontara Nijamodine Hamido, baseando-se nos dados compilados pelo PAS, Inês Bernardo, a partir da sua apreciação subjetiva, destaca as dores ligadas ao aparelho locomotor como a principal queixa dos pacientes, maioritariamente idosos, do PAS: dores relacionadas com problemas reumáticos, hérnias discais, artroses, artrites. Existem, também, alguns casos de pacientes com depressões e problemas psicológicos, mais frequentes, sobretudo, em mulheres.

Inês observa que, em geral, os homens queixam-se menos, dizendo que está sempre tudo bem, algo de que já me tinha falado Nijamodine, como aliás, também, muitos dos outros terapeutas de MTC e médicos-acupuntores, nos três contextos de pesquisa. Mais dificilmente, dizia Inês, falam dos seus problemas psicológicos ou emocionais, sendo que, os poucos homens que recorrem ao PAS, fazem-no, geralmente, porque as mulheres os aconselharam a ir.

Mas, o contributo mais importante da entrevista com Inês para a minha investigação diz respeito à sua avaliação da importância da relação entre terapeuta e paciente, pela atenção dedicada e pelo afeto mútuo, como algo de essencial para

⁵⁴ A informação relativa a esta instituição de ensino pode ser consultada em <http://ean.pt/>.

explicar o recurso desta população ao PAS. Tratando-se de pacientes que coabitam num meio rural, de pequenas dimensões, em que os laços de vizinhança são fortes, o recurso à MTC, surge, também, como um momento de promoção do convívio, o que constitui uma motivação importante a considerar, quanto mais prolongado torna-se esse recurso.

Tal como no caso dos médicos-acupuntores na sua prática clínica no âmbito do SUS no Brasil, para os terapeutas de MTC do PAS, o mais difícil, por vezes, é dar alta aos pacientes idosos. É que depois de verificarem a eficácia terapêutica dos cuidados prestados, os pacientes não querem mais abandonar as consultas:

“Procuram-nos por causa da dor. São pessoas que vivem do campo e depois ficam algo limitadas e acabam por recorrer à acupuntura. Assim como uma esperança ao fundo do túnel para melhorar. E há pessoas que estão lá há anos! É definido o número de vezes sempre no início da primeira consulta, mas a pessoa vai lá com uma dor lombar e diz “Ah, já estou bem da dor lombar, mas agora ando aqui com uma ciática...” (Inês Bernardo, Terapeuta de MTC, PAS)

Mas, esse desejo de prolongar o tratamento deve-se, na opinião de Inês Bernardo, não apenas à eficácia terapêutica da acupuntura no alívio dos sintomas físicos, mas, também, ao seu efeito positivo no preenchimento de outro tipo de necessidades, afetivas e sociais, que originam problemas emocionais e psicológicos. Tal como fora apontado pela Terapeuta Eleanor, em contexto Californiano, e pela Dra. Cláudia, no que se refere ao Rio de Janeiro, observa-se que, no âmbito do PAS de Almeirim, os tratamentos de acupuntura cumprem, também, uma função social, que passa, por um lado, pelo afeto e confiança que caracteriza a relação entre terapeuta e paciente, e, por outro lado, pela oportunidade de convívio gerada pelas consultas:

“Há muita gente que vai lá também por aquela atenção que tem ali no momento. Aquilo acaba por ser um momento de convívio para eles. Aquilo é um meio pequeno e toda a gente se conhece. Então, acaba por ser um ponto de encontro, toda a gente se encontra ali e falam e depois têm a nossa atenção. E então é um bocado isso. Há pessoas que estão ali e que têm aquelas dores há anos, conseguem viver já com as dores, mas acabam por lá ir, também, para terem um pouco de atenção e de afeto.” (Inês Bernardo, Terapeuta de MTC, PAS)

É esta relação de afeto e confiança que permite que os pacientes partilhem com os seus terapeutas de MTC os problemas psicológicos e emocionais, quase sempre relacionados com o entorno social e que, tantas vezes, subjazem as suas patologias físicas, alargando a esfera de ação do tratamento muito para além do alívio dos sintomas

físicos, na direção de uma abordagem holista da saúde e da doença (cf. Capítulo 3). Durante o período da minha investigação, os problemas de tipo emocional e psicológico apresentados pelos pacientes idosos de MTC organizavam-se, de facto, geralmente, em torno do contexto socioeconómico específico que se vivia. Nomeadamente, de acordo com os terapeutas de MTC, os pacientes entrevistados, e as conversas entre pacientes que pude presenciar, os impactos da crise sobre a sua situação socioeconómica, em muitos casos, já por si, bastante débil, assim como os seus possíveis impactos na situação dos seus familiares, constituíam uma fonte de preocupação, medo e ansiedade constantes para esta população idosa.

Tratando-se de uma população carenciada, estes pacientes idosos de Almeirim encontram-se, especialmente, exposto aos impactos negativos da crise sobre a sua saúde, nomeadamente, no que se refere às limitações em termos dos recursos necessários para a adoção de um estilo de vida mais saudável, de que as alterações alimentares seriam uma parte integrante:

“Se nós dissermos para as pessoas alterarem alguma coisa temporariamente, as pessoas cumprem. Agora de vez, por exemplo, retirar laticínios, num meio em que eles vivem do campo, é um bocado complicado. São pessoas que não têm muito dinheiro para estar a gastar em leite de soja, quando têm a vaca em casa de onde podem tirar o leite! Mas, temporariamente, do género nas próximas semanas não faça isto ou não consuma este tipo de alimentos, aí eles cumprem. Os outros pacientes que eu sigo, com melhor situação económica, por exemplo, em termos de emagrecimento, muitas vezes, as pessoas não cumprem. E depois ficam muito espantadas porque é que não estão a ter resultados. Mas, em termos de outros pacientes, no que se refere a ajustes de dieta, depende dos casos, mas normalmente cumprem.”
(Inês Bernardo, Terapeuta de MTC, PAS)

Da mesma forma, é impossível para estes pacientes deixarem a sua atividade laboral, apesar de, no seu caso, a atividade ser uma das causas principais dos problemas de saúde, e nunca a sua solução.

Para Inês, esta relação de maior proximidade com o paciente, que permite ao terapeuta de MTC reconhecer, não apenas os sintomas físicos da patologia, mas, também, os aspetos emocionais, psicológicos e sociais que, em muitos casos, a provocam, seria um traço distintivo das consultas de MTC, comparativamente às de Biomedicina:

“Porque as pessoas, hoje em dia, vão ao médico e é raro o médico que olha para elas e fala com elas e perde ali algum tempo a perceber o que é que a pessoa tem e depois vão a uma consulta de medicina chinesa ou naturopatia e nós fazemos uma anamnese muito mais longa. Chegamos, às vezes, a estar ali uma hora à conversa com a pessoa para perceber tudo e mais alguma coisa. E as pessoas até ficam às vezes impressionadas. E as pessoas acham interessante e acham curioso e acham que nós olhamos para elas de uma maneira diferente e acabam por ganhar confiança em nós.” (Inês Bernardo, Terapeuta de MTC, PAS)

Na verdade, como tenho vindo a descrever, ao contrário da opinião de Inês, a recorrente partilha dos problemas emocionais, relacionados com o entorno familiar e social, baseada numa relação de proximidade e confiança com o médico, é o traço que melhor define as consultas com pacientes idosos no seio da Biomedicina (Waitzkin, 1994). Como, aliás, ficou evidente no caso de Sara, anteriormente descrito, e na forma como esta paciente de MTC desenvolvia autênticas relações de amizade, não apenas com a sua médica-acupuntora, como, com outros médicos especialistas.

Nesse sentido, levanta-se a hipótese de ser, possivelmente, decorrente deste facto, associado à enorme confiança depositada pelos pacientes idosos na Biomedicina, que, quando os pacientes idosos, efetivamente, recorrem à MTC, tendam a mostrar o mesmo tipo de relação de confiança com o seu terapeuta, que seria, assim, o resultado de um processo de transferência de uma relação de confiança anterior, desenvolvida habitualmente com o seu médico. Uma relação que concede espaço à partilha de problemas emocionais, para além das queixas físicas, assente numa profunda confiança nas capacidades do profissional de saúde:

“As pessoas mais novas não confiam tanto e as mais velhas olham para nós como se fossemos algum tipo de Deus ou uma coisa assim. As pessoas mais novas questionam mais. Perguntam para o que é que aquele ponto serve e os mais idosos não. Veem que vão melhorando e que aquilo está a fazer bem e chega-lhes.” (Inês Bernardo, Terapeuta de MTC, PAS)

Ou seja, neste sentido, no meu entender, a enorme confiança revelada pelos pacientes idosos não seria tanto ganha pelos terapeutas, como pensa Inês, mas, muitas vezes, “herdada” da anterior relação do paciente com o seu médico. No entanto, como vimos no capítulo 3, os pacientes nem sempre cumprem com aquilo que “prometeram” ao seu médico, nem ao seu terapeuta de MTC, nomeadamente, no que se refere à adesão à terapêutica ou à modificação dos hábitos alimentares, revelando uma autoridade

última sobre a sua saúde, que contrasta com a enorme deferência com que se apresentam nos momentos das consultas, perante os profissionais de saúde.

Consequentemente, parece-me mais acertado enfatizar, não tanto as diferenças entre a qualidade do atendimento na MTC face ao da Biomedicina, mais aparentes do que substanciais, mas antes a diferença de qualidade que resulta do atendimento ao paciente no âmbito privado, do consultório privado, face às pressões de tempo de atendimento máximo por paciente próprio do regime público, seja no SNS português ou, tal como foi observado anteriormente, no SUS do Brasil. Coloca-se, então, a questão de, até que ponto, é que muito deste cuidado - mais atencioso e demorado, condição fundamental para a abordagem holista da saúde - não seria posto em causa se a MTC estivesse regulamentada e inserida no SNS e sujeita às pressões próprias desse serviço, associadas ao elevado número de pacientes?

Existem dados relevantes para pensarmos nessa hipótese com seriedade, se considerarmos o caso da China, onde, tal como descreveram os meus interlocutores, é comum a administração de tratamentos de acupuntura a vários pacientes em simultâneo, ao mesmo tempo que é frequente os terapeutas de MTC atenderem dezenas de pacientes numa só manhã. Neste sentido, a “anamnese” longa, expressão usada por Inês Bernardo para se referir à auscultação dos sintomas do paciente, mediante uma conversa prolongada, trata-se de uma característica que não seria tão intrínseca à MTC, como traço distintivo da Biomedicina, quanto o facto de as suas consultas acontecerem, geralmente, num regime de atendimento privado, a um paciente de cada vez, ao passo que sobre as consultas no âmbito da Biomedicina recaem, geralmente, enormes constrangimentos de tempo.

Quando assim não é, ou seja, quando o paciente detém o capital económico necessário para contratar os serviços particulares de um médico especialista, então, tal como no caso de Sara com o seu médico cardiologista (cf. Capítulo 6), as consultas de Biomedicina podem apresentar um carácter bastante holista:

- no sentido em que, para a compreensão dos sintomas associados ao seu problema de tensão arterial, o cardiologista procurava compreender o estado psicológico e emocional da paciente, como possível causa subjacente aos sintomas físicos;

- quando o tratamento do seu problema de tensão arterial passava pela educação da paciente para a saúde - ensinando-a a detetar os primeiros sinais de alarme para que ela pudesse intervir sobre eles precocemente – assentando, assim, na promoção de uma postura ativa e responsável sobre a saúde, envolvendo a totalidade da paciente no tratamento, mais do que procurando o mero alívio dos seus sintomas.

Acupuntura nas Juntas de Freguesia de Lisboa

Uma das “descobertas” mais interessantes do meu trabalho de pesquisa foi o reconhecimento da existência da prática clínica de acupuntura em algumas Juntas de Freguesia de Lisboa. Como foi dito anteriormente, os tratamentos de acupuntura nessas Juntas de Freguesia são, geralmente, prestados a baixos custos ou em regime de voluntariado, por terapeutas de MTC que, em muitos casos, têm ligação institucional a importantes escolas de formação nas Terapêuticas Não Convencionais, de Lisboa.

Algumas destas Juntas de Freguesia, localizadas nalgumas das zonas mais antigas da cidade, conseguiram atrair uma clientela idosa, que constitui a maioria dos seus pacientes, desviando-se da regra dominante nos restantes locais investigados e, igualmente, em outros descritos pela literatura especializada, em que a população de meia-idade é prevalecente. Ora, não poderia encontrar um *locus* de pesquisa mais adequado aos objetivos da presente investigação.

Os motivos do maior recurso da população idosa a estes lugares de prática de acupuntura são, essencialmente, três:

- a gratuidade/baixos custos dos tratamentos prestados permite o seu recurso por parte de uma população que apresenta, em muitos casos, um baixo nível de capital económico;

- a relação de confiança estabelecida entre paciente e terapeuta, a partir da qual os tratamentos de acupuntura promovidos pelas Juntas de Freguesia constituem-se como um espaço importante, sobretudo, para os pacientes mais carenciados, onde podem ser ouvidos a respeito dos seus problemas emocionais e psicológicos, na maioria dos casos, relacionados com o contexto social, e que, muitas vezes, subjazem a patologia física;

- a descrição dos efeitos benéficos da acupuntura pelos vizinhos fregueses, convence os menos conhecedores, ou até os mais céticos, a experimentarem. Sendo que o recurso à acupuntura nestes locais representa um importante momento de confraternização - o que permite um incremento do nível de capital social – com consequências benéficas sobre a saúde desta população idosa.

Nestas Juntas de Freguesia de Lisboa pude entrevistar os terapeutas de MTC e alguns dos seus pacientes, assim como, testemunhar uma série de conversas na sala de espera das consultas, onde se gerava um, por vezes, bastante intenso, convívio social. Apresentarei para a discussão alguns dos dados mais relevantes que pude recolher, relativamente à prática de acupuntura nas seguintes Juntas de Freguesia de Lisboa: Santa Engrácia, Santos-o-Velho, Alcântara e Sagrado Coração de Jesus⁵⁵.

Junta de Freguesia de Santa Engrácia: as “doenças da sociedade”

Apresento o caso da Junta de Freguesia de Santa Engrácia⁵⁶ em primeiro lugar, como mote introdutório para uma discussão mais aprofundada a respeito do recurso da população idosa aos tratamentos de acupuntura prestados nestes locais, que será, sobretudo, feita a partir dos restantes casos investigados.

Nesta Junta de Freguesia tive a oportunidade de entrevistar Hélder Serra, um terapeuta de MTC com um percurso algo alternativo, relativamente à maioria dos que constituem o meu conjunto entrevistado, no sentido em que não fez formação em nenhuma das principais escolas de MTC de Lisboa (cf. Capítulo 2). E, neste sentido, de uma forma diversa das restantes Juntas de Freguesia onde realizei pesquisa, a sua prática de acupuntura, em regime de baixos custos, não tem qualquer relação, direta ou

⁵⁵ Tal como referido no capítulo 2, várias das Juntas de Freguesia sobre as quais incidiu a minha pesquisa foram sujeitas a uma alteração de nome, de acordo com a Reorganização Administrativa do Território: a Junta de Freguesia de Santos-o-Velho passou a ser integrada na Junta de Freguesia da Estrela; Santa Engrácia na Junta de Freguesia de São Vicente; a Junta do Sagrado Coração de Jesus encontra-se hoje sob a designação de Junta de Freguesia de Santo António; apenas a Junta de Freguesia de Alcântara mantém a mesma designação.

⁵⁶ Atualmente designada de Junta de Freguesia de São Vicente

indireta, com nenhuma instituição de ensino da MTC. No seu caso, tratou-se de um acordo pessoal com o presidente da Junta de Freguesia: Hélder é residente na própria Junta de Freguesia, sendo que já tratava alguns dos seus vizinhos em sua casa; após conversa com o presidente da Junta, este veio a disponibilizar um espaço para a prática de tratamentos de acupuntura.

Hélder Serra tinha 41 anos na altura da nossa entrevista e trabalhava com acupuntura nesta Junta de Freguesia desde há 3 anos. Fez a sua formação com o Yves Requena, um famoso terapeuta de MTC francês. Fez, também, alguma formação na China e, só depois, depois frequentou alguns cursos de formação em Portugal, mas com algumas pessoas de outras nacionalidades que se deslocaram ao país para lecionarem cursos intensivos. Fez, também, formação com o Alan Johnson, um prestigiado instrutor de Chi Kung californiano.

Antes de começar a desenvolver a sua prática clínica de acupuntura na Junta de Freguesia de Santa Engrácia, Hélder Serra trabalhara num centro paroquial no bairro do Fim do Mundo, em São João do Estoril, onde dava consultas gratuitas ou a baixos custos, para uma população que considera ainda mais carenciada do que a que encontra na Junta de Freguesia onde se encontra neste momento. Assim, conta já com uma experiência ampla no atendimento à população idosa de baixa condição socioeconómica, sendo que as suas opiniões assumem relevância para a reflexão a respeito dos fatores sociais determinantes da saúde, nomeadamente, a respeito da importância da detenção de capital económico.

Hélder, neste momento, desenvolve a sua prática clínica de MTC exclusivamente nas instalações da Junta de Santa Engrácia. Explica-me que, para poder ter acesso às consultas, não é necessário ser morador local, aspeto que viria a verificar-se, de igual forma, nas restantes Juntas de Freguesia que tive a oportunidade de visitar. Em Santa Engrácia foi convencionado um preço único de 12 euros e meio por consulta, um valor bastante baixo, comparativamente com as consultas de acupuntura em consultórios privados.

Hélder explica-me que o preço estabelecido foi definido de acordo com uma intenção de poder tornar os tratamentos de acupuntura acessíveis a uma população idosa local, na maioria dos casos, vivendo de pensões com valores baixos. A partir desta

experiência, enuncia a ideia de que a prática da acupuntura a baixos custos e com população mais carenciada permite-lhe tratar uma maior variedade de patologias, do que se trabalhasse com a população de classe social mais elevada:

“Se eu cobrasse 30 euros, quem é que eu vou apanhar em consulta? Vou apanhar os homens do stress, as mulheres dos homens do stress com depressões, e malta com dores nas costas. É o que aparece. Se for ver nas clínicas normais, é o que lá aparece, mais nada! Mas, não é só isto que a acupuntura permite. A acupuntura permite chegar a toda a população com todo o tipo de patologias. Desde que não sejam coisas que metam hemorragias à mistura, a acupuntura tem solução para tudo. Se forem coisas que exige corte e costura tem de ir para o hospital, não há volta a dar. Eu, baixando os custos da consulta aqui, consigo ver gente que não via de outra forma. E aquilo que me interessa é fazer acupuntura, é ser útil à população” (Hélder Serra, terapeuta de MTC, Lisboa)

Uma realidade semelhante, foi também encontrada também noutros contextos de pesquisa, nomeadamente, entre os médicos-acupunctores do Rio de Janeiro, que atendem os pacientes mais carenciados do SUS, com uma enorme variedade de patologias, por comparação aos seus pacientes de classe social alta que tal, como no quadro traçado por Hélder, têm tendência a apresentar um quadro de queixas muito relacionado com o “stress” ou a depressão, para além das omnipresentes dores relacionadas com o aparelho locomotor. Esta questão foi anteriormente problematizada para o caso do Rio de Janeiro, onde, a partir das perspetivas dos médicos-acupunctores, foi avançada a explicação de que a diferença nas patologias apresentadas pelos pacientes em função da sua condição socioeconómica – tanto mais diversas quanto menor o nível de detenção de capital económico – se deveria ao facto de que os tratamentos de acupuntura, no âmbito do SUS, representam um dos escassos recursos terapêuticos disponíveis a população idosa carenciada. Daqui resultaria a apresentação de diversos tipos de problemas de saúde, para os quais, no caso dos pacientes de classe social mais alta, verifica-se um recurso simultâneo a especialistas das diferentes áreas.

Reencontrar esta mesma questão na realidade portuguesa, no âmbito dos tratamentos de acupuntura das Juntas de Freguesia em Lisboa, é algo que deve ser explicado tendo em conta o contexto de grave crise socioeconómica em que foi realizada a minha investigação e que atinge uma grande parte da população idosa, de uma forma particularmente relevante. De facto, nalguns casos de escassez de capital económico, o contexto de crise, associado a um aumento de alguns gastos com serviços de saúde que, anteriormente eram totalmente gratuitos, tornou incomportável o recurso

a alguns cuidados da Biomedicina. Refiro-me à introdução de taxas moderadoras para o recurso às urgências hospitalares e de outro tipo de taxas (para a realização de exames laboratoriais), que anteriormente não representavam qualquer gasto para o utente. Por outro lado, de acordo com os pacientes idosos entrevistados, verifica-se, também, um aumento do tempo de espera para consultas de certas especialidades, o que introduz uma desigualdade profunda no acesso aos serviços de saúde entre a população idosa mais carenciada e a com maior nível de capital económico, que pode recorrer aos serviços privados de saúde. Estes aspetos serão analisados com maior detalhe mais adiante.

Perante este contexto, o recurso à MTC a baixos custos, no âmbito das Juntas de Freguesia, representa, para esta população idosa mais carenciada, a possibilidade de acesso a um serviço de saúde que não poderia contratar particularmente, ao mesmo tempo, que, para alguns pacientes, serve de substituição temporária de alguns serviços que, no âmbito do SNS, implicam um elevado tempo de espera, ou gastos acrescidos. Por exemplo, a consulta com um terapeuta de MTC, neste contexto, pode ser o recurso mais imediato, para um paciente idoso de baixa condição socioeconómica, para o alívio de sintomatologia relacionada com patologias do aparelho locomotor, enquanto espera por uma consulta de especialidade em ortopedia ou reumatologia.

Foi exatamente este tipo de situações que me foram referidas por estes pacientes idosos que procuram a MTC nas Juntas de Freguesia, ao mesmo tempo que, tal como no caso dos idosos de Almeirim, as conversas em torno da crise socioeconómica dominavam o momento da consulta, assim como, alguns dos momentos passados, entre vizinhos, na sala de espera. Apresentarei alguns exemplos concretos a este respeito mais adiante.

No entanto, não deixa de ser importante notar que, ao mesmo tempo que foram adotadas medidas políticas que exigem maiores gastos dos utentes em algumas situações do recurso ao SNS, estes cuidados de acupuntura a baixos custos não deixem de ser subsidiados pelo Estado: é a Junta de Freguesia, poder público local, que, cede as suas instalações gratuitamente para que os tratamentos de acupuntura possam ser prestados a baixos custos; dependendo do acordo estabelecido com o presidente da Junta de Freguesia, esta pode, nalguns casos, pagar diretamente ao terapeuta de MTC um valor fixo, baixando ainda mais o valor a ser pago por tratamento, por parte dos seus

fregueses. Assim, as Juntas de Freguesia vão garantindo a prestação de cuidados de saúde que, de outra forma, seriam inacessíveis à população idosa mais carenciada, servindo-se para isso do erário público, num momento em que a prática da acupuntura e da MTC, apesar de já legalmente reconhecida, ainda não se encontra devidamente regulamentada em Portugal.

Ao mesmo tempo, é claro que, apesar dos custos acrescidos ou no maior tempo de espera que se verifica no recurso a alguns cuidados prestados pela Biomedicina, os tratamentos de acupuntura nas Juntas de Freguesia de Lisboa raramente constituem uma primeira escolha para a população idosa. Ela, geralmente, já recorreu previamente a um médico, que a vai seguindo de uma forma mais ou menos regular. Ou já passou, em muitos casos, pelos tratamentos de Fisioterapia, para os quais existe uma comparticipação estatal.

No entanto, na opinião de Hélder Serra, no mesmo sentido da interpretação que avancei para os dados recolhidos nos meus outros dois contextos de pesquisa, o recurso da população idosa à MTC como a outras MAC tem de ser pensado em função das possibilidades dos pacientes, no que se refere à detenção de diferentes tipos de capital. Quando esse recurso à MTC acontece como uma primeira escolha, para além de eventuais fatores culturais explicativos devemos ponderar, sobretudo, as desigualdades na detenção de capital cultural e económico:

“Outro dia assisti à apresentação de um estudo de uma malta da Aromoterapia, que falava nos “hippies da linha” de Cascais, que era a malta que recorria às medicinas alternativas por sistema. Não são “hippies da linha”, quer dizer! São pessoas que têm capacidade financeira, porque têm de ter, e que não estão agarradas aos químicos. Mas, isso não faz deles “hippies”! O grande problema continua a ser sempre a não regulamentação desta atividade, que dificulta o acesso de muitos pacientes.” (Hélder Serra, terapeuta de MTC, Lisboa)

Outro aspeto importante é que, apesar de as Juntas de Freguesia publicitarem apenas os tratamentos de acupuntura, na realidade, o que encontrei foi uma prática de MTC, com recurso a outras valências terapêuticas. Nomeadamente, tal como recorrentemente acontece noutros contextos, a procura dos terapeutas de MTC em modificarem os hábitos alimentares desta população idosa e a promoção de práticas de exercício físico, associada à alteração de hábitos de atividade/repouso (cf. capítulo 3).

Por exemplo, Hélder Serra, na Junta de Santa Engrácia, tenta fazer alterações alimentares com a população idosa, procurando, como tantos dos seus colegas terapeutas de MTC, retirar o consumo de laticínios, contra as recomendações de grande parte dos médicos, para pessoas nesta faixa etária. Perante o medo dos pacientes em relação à osteoporose, propõe a substituição do leite por outros produtos típicos da alimentação portuguesa. Sugere, também, que apanhem sol para produzirem vitamina D, necessária à fixação do cálcio nos ossos:

“Se ficarem fechados em casa a beber leite aquilo não melhora. E a adesão é grande. Peço-lhes para experimentarem 15 dias sem laticínios e, ao final desses 15 dias, as pessoas aderem porque se sentem melhor. As pessoas, se virem resultados, aderem a tudo!” (Hélder Serra, terapeuta de MTC, Lisboa)

E, para além, da procura de modificação dos comportamentos, no sentido da promoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual perante a saúde, as consultas de MTC na Junta de Freguesia de Santa Engrácia, tal como noutros contextos, englobam, em muitos casos, o tratamento, não apenas das patologias físicas, mas de vários aspetos emocionais e psicológicos que afligem os pacientes. Estes aspetos estão, recorrentemente, relacionados com o entorno social, sendo que refletem no plano individual, uma crise económica com uma importante dimensão social. Sendo que, no entendimento de Hélder, o centro da prática clínica da MTC deveria ser justamente o alívio deste sofrimento psicológico e emocional, de origem social – aquilo que chama de “doenças da sociedade” - as suas palavras evidenciam bem como, devido aos constrangimentos económicos e à inexistência de comparticipação estatal, a disponibilidade deste recurso terapêutico encontra-se fora do alcance de muitos, num momento em que mais precisam dele:

“Tento sempre abordar os problemas de tipo emocional e psicológico, porque isso tem solução com a acupuntura. Aquela malta dos ataques de pânico, tem resultados brutais. Há muita coisa do ponto de vista psicológico que pode ser resolvida com a medicina tradicional chinesa. É muito, muito útil! Mas, só que não é divulgado. Na prática clínica não se apanham essas pessoas.

Hoje em dia, que há uma ansiedade terrível, a malta a ser pressionada pelos chefes, as empresas a fechar, tudo a ser triturado. Quem é que vai gastar 70 euros numa consulta de acupuntura, porque o chefe não o larga? Às vezes, não é o chefe que não o larga. É a pessoa que anda com uma carga de ansiedade de tal ordem que quando o chefe olha para ela, já acha que o chefe não sei quê...

Por exemplo, há uma senhora que vem aqui e que foi recentemente despedida. Ela trabalhava no ramo automóvel e eu disse-lhe:

“- Pá, mas isso é ótimo!

– É ótimo?!

- É! Porque olhe, foi despedida, agora vai receber indemnização, coisa que os seus colegas que lá estão, se calhar para o ano são despedidos e já não há por onde receber. Como já lá está há muitos anos e a indemnização é “X” por anos de trabalho quer dizer que o próximo ano e meio, dois anos já está pago. Os seus ordenados desse tempo já estão do seu lado. Preocupa-se com o quê?”

Este é um dos grandes males da nossa sociedade. É a forma como a nossa sociedade está muito desorganizada. E como está muito desorganizada, os pensamentos das pessoas que fazem parte da sociedade estão desorganizados também. Como os pensamentos condicionam o físico e o físico condiciona os pensamentos, nós temos doenças da sociedade. E se eu tenho algum mérito, se me dão algum mérito em acupuntura, cá para mim, o único mérito que eu tenho é só o de ter percebido isto. E as queixas que as pessoas têm vão todas bater com aquele problema que o Álvaro de Campos dizia, que era “a minha mão não acompanha a minha alma”. E este é que é o problema. É que as pessoas não fazem aquilo que querem fazer! Estão condicionadas pelas mulheres, pelos filhos, pelos maridos, pelos tios, pelo cão e não sei quê e por toda a gente. Estamos todos a ser espremidos aos bocadinhos e andamos por aqui. E quem perceber isto, pode ser muito útil! E o problema é que, grande parte dos terapeutas, está neste barco também. Portanto, eles têm de ver pacientes porque têm de ganhar dinheiro, porque têm de pagar despesas, porque têm de fazer formação...” (Hélder Serra, terapeuta de MTC, Lisboa)

Acupuntura comunitária nas Juntas de Freguesia de Santos-o-Velho, Sagrado Coração de Jesus e Alcântara: a relação entre terapeuta de MTC e paciente idoso, e o convívio entre pacientes, num contexto de crise económica e social

Quando, em finais de 2011, iniciei o meu período de pesquisa na Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, e, um ano mais tarde, em finais de 2012, comecei a observar as consultas de acupuntura nas Juntas de Freguesia do Sagrado Coração de Jesus e de Alcântara⁵⁷, as conversas sobre a crise económica tinham um papel de relevo na relação entre pacientes e terapeutas de MTC e na sala de espera pelos tratamentos.

⁵⁷ De acordo com a Reorganização Administrativa do Território: a Junta de Freguesia de Santos-o-Velho passou a ser integrada na Junta de Freguesia da Estrela; a Junta do Sagrado Coração de Jesus encontra-se hoje sob a designação de Junta de Freguesia de Santo António; a Junta de Freguesia de Alcântara mantém a mesma designação.

Na Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, encontravam-se, nessa altura, 3 jovens estudantes finalistas do curso da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (cf. Capítulo 2), que tinham começado ali a fazer tratamentos de acupuntura no ano anterior, primeiro em regime de voluntariado, no âmbito de uma cadeira do seu curso de MTC e, posteriormente, prestando esses cuidados a baixos custos.

Tal como me explica André Samora, um dos alunos que participava neste projeto, de 24 anos na altura da minha pesquisa no terreno, e finalista do curso da ESMTC, a prática clínica na Junta de Freguesia revelou-se um ótimo lugar para adquirir experiência profissional, pela extraordinária adesão da população local ao projeto, o que o leva a acreditar na possibilidade, que constitui o seu efetivo desejo, de que este projeto adquira um carácter permanente, já que existe uma concordância com o presidente da Junta de Freguesia local:

“Comecei o ano passado, em regime de voluntariado. Eles gostaram muito. Eu e mais dois amigos, dois colegas. Este ano, por acaso, está um bocado menos ativo. Mas, só para tu teres noção, no ano passado, das 14h às 18h nós tínhamos cerca de 17 pacientes, 18 pacientes. Às vezes, era mesmo “à chinês”, a quantidade de pessoas nas marquesas a serem tratadas. E era impressionante! Nós até estamos a chamar pessoal novo para começar a trabalhar. O objetivo é que eles fiquem! O objetivo é quando nós sairmos eles fiquem lá, se eles quiserem, claro. Ganhas ali um ritmo de trabalho muito bom!” (André Samora, terapeuta de MTC, Lisboa)

Para além de André Samora, a equipa de terapeutas de MTC era, na altura da minha pesquisa, constituída por Duarte Curto, outro aluno finalista da ESMTC, a quem tive, também, a oportunidade de entrevistar. Para além disso, contavam com a colaboração de um outro colega, o Filipe, e estavam, no momento, a procurar enquadrar mais duas colegas de curso, num processo de substituição gradual, que pudesse cumprir o objetivo que André enunciara, de garantir a continuidade permanente do projeto iniciado na Junta de Freguesia, ainda que sujeito a uma renovação cíclica dos seus profissionais, recrutados a partir do corpo de alunos formado pela ESMTC.

Tal como pude registar nas entrevistas com os terapeutas de MTC, mas, também, através da minha própria observação no local, esta extraordinária afluência de pacientes, que André Samora chega a comparar com o ritmo de trabalho em MTC que existe nos

Hospitais na China, onde fez um estágio no âmbito do seu curso, é, maioritariamente, constituída por pessoas idosas. Foi algo que revelou-se uma verdadeira surpresa no âmbito da minha investigação, pois, assim, encontrava no coração de Lisboa, à semelhança do que observara em Almeirim, uma maioria de pacientes idosos, que contrariava a tendência descrita na literatura teórica a respeito destes temas. Mas, porquê esta inversão da tendência dominante?

A resposta avançada anteriormente identificava três grandes motivos principais:

- a gratuidade/baixos custos dos tratamentos prestados permite o seu recurso por parte da população idosa, que apresenta, em muitos casos, um baixo nível de capital económico;

- a relação de confiança estabelecida entre paciente e terapeuta, a partir da qual os tratamentos de acupuntura promovidos pelas Juntas de Freguesia constituem-se como um espaço importante, sobretudo para os pacientes mais carenciados, onde podem ser ouvidos a respeito dos seus problemas emocionais e psicológicos, na maioria dos casos, relacionados com o contexto social, e que, muitas vezes, subjazem a patologia física;

- a descrição dos efeitos benéficos da acupuntura pelos vizinhos fregueses, convence os menos conhecedores, ou até os mais céticos, a experimentarem. Sendo que o recurso à acupuntura nestes locais representa um importante momento de confraternização - o que permite um incremento do nível de capital social – com consequências benéficas sobre a saúde desta população idosa.

A análise do caso da Junta de Freguesia de Santa Engrácia serviu, fundamentalmente, para destacar o primeiro motivo. Já os casos da Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, como os das Juntas de Freguesia do Sagrado Coração de Jesus e de Alcântara sustentam, empiricamente, o segundo e terceiro motivos apontados. Ao fazê-lo, reforçam aquilo que tem vindo a ser definida como uma “função social” dos tratamentos de MTC: atenuando o sentimento de solidão, decorrente do isolamento social de uma parte significativa da população idosa, no geral; minorando o sofrimento psíquico e emocional da população idosa, particularmente, da mais carenciada, com menor possibilidade económica de escolha entre diferentes recursos terapêuticos. Isto sem, ao mesmo tempo, deixarem de adicionar evidências para a importância do primeiro motivo, sendo que parte substancial das conversas mais frequentes nesses momentos de

confraternização, decorriam, precisamente, em torno da crise económica que marca a realidade portuguesa.

A acupuntura nestas Juntas de Freguesia corresponde, em lato senso, àquilo com que me deparei na Califórnia sob a designação de “community acupuncture”⁵⁸, ou acupuntura comunitária, em que vários pacientes são atendidos em simultâneo, num espaço comum. Evidenciando neste, como em tantos outros aspetos revelados ao longo desta dissertação, como a MTC é hoje um produto de saúde em transformação constante, cujas especificidades locais se inscrevem, muitas vezes, em tendências globais (cf. Capítulo 3). Julgo que a modalidade de acupuntura praticada nas Juntas de Freguesia de Lisboa é um exemplo claro deste argumento.

Apesar de anunciarem apenas a prática da acupuntura, na verdade, estes terapeutas definem tratamentos onde utilizam diferentes valências da MTC. No caso da Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, para além da acupuntura feita no momento da consulta: aplicação de pequenas agulhas presas com adesivo que o paciente leva para casa colocadas no corpo (frequentemente nas orelhas, mas não só); receita de alguma Fitoterapia, como infusões à base de plantas, ou de alguns alimentos; uso da Moxabustão (inclusive sob a forma de bagos de arroz); aplicação de ventosas;

⁵⁸ Pode-se dizer que a acupuntura comunitária é um fenómeno que, ainda recente nos EUA, está em expansão. Tive a oportunidade de observar alguns dos seus profissionais em Santa Cruz, na Califórnia, que me alertaram para o facto de que eles estão já, hoje em dia, organizados em torno da POCA: “People’s Organization of Community Acupuncture”. Hoje em dia, já existem mais de 215 clínicas de acupuntura comunitária nos EUA que são parte desta organização. (<https://www.pocacoop.com/our-history>) Consultando o site da POCA temos uma definição de acupuntura comunitária assente em 3 pontos essenciais :

“Definimos a Acupuntura Comunitária como a prática de fornecer tratamentos de acupuntura:

- 1) num contexto em que múltiplos pacientes recebem tratamentos ao mesmo tempo;
- 2) através do pagamento de preços acessíveis, em que as clínicas de acupuntura comunitária dependem diretamente do apoio das pessoas que recebem os tratamentos de acupuntura e não de subsídios, doações ou outro tipo de financiamento;
- 3) num paradigma de grande acessibilidade, que conseguimos implementar, através da disponibilização de um horário variado, de forma a garantir um acesso imediato aos tratamentos, oferecendo um serviço economicamente suportável, reduzindo todas as barreiras de acesso ao tratamento, para o maior número de pessoas possível, mas sempre garantindo a auto-sustentabilidade financeira” (<https://www.pocacoop.com/faq/C2/Community%20Acupuncture>)

massagem Tui Na e técnicas de manipulação das articulações (traumatologia chinesa); Auriculoterapia⁵⁹.

No caso das Juntas de Freguesia do Sagrado Coração de Jesus e de Alcântara, nas suas instalações, Carlos Ventura desenvolve uma prática clínica sustentada na acupuntura e na fitoterapia⁶⁰. De facto, de acordo com Carlos Ventura, a sua prática clínica de acupuntura estabelece uma íntima relação com a fitoterapia, passando, inclusive, pela sua combinação simultânea na aplicação das agulhas:

“Esta acupuntura coreana, eu introduzo-a na fitoterapia, como competência do fitoterapeuta porque, de facto, o fitoterapeuta pode, tanto a nível de massagem, como a nível de acupuntura, usar ou até chás, mas, normalmente, usa-se óleos essenciais. E, portanto, se eu vou tratar, por exemplo, uma constipação ou um problema de garganta eu posso, naquele ponto, antes de espetar a agulha, colocar um pouco de óleo essencial de eucalipto e depois espeto a agulha, ou massajo. E, portanto, aquele óleo essencial está a atuar naquele ponto para aquele problema. Se é com a agulha, ele acaba por ser introduzido também. Se é com a massagem, evidentemente, por osmose, a pele vai absorver naquela zona.” (Carlos Ventura, acupuntor e Fitoterapeuta, Lisboa)

De forma semelhante ao que aconteceu com a Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, a prática da acupuntura nestas duas Juntas de Freguesia tem o seu início a partir de um acordo direto entre Carlos Ventura com os próprios elementos da direção destas instituições do poder local. Se no caso da Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, a prática clínica, ainda que da responsabilidade dos terapeutas de MTC envolvidos, insere-se no âmbito de um projeto de cariz social de desenvolvimento obrigatório no programa de formação educativa dos profissionais da ESMTC, no caso das Juntas de Freguesia do Sagrado Coração de Jesus e de Alcântara a dimensão institucional da prática de acupuntura é ainda mais evidente, sendo que, ainda que o projeto seja encabeçado por Carlos Ventura, em regime de voluntariado, é ao Instituto Hipócrates de

⁵⁹ Cf. Hsu, 1996.

⁶⁰ Carlos Ventura é o representante dos fitoterapeutas na comissão técnica consultiva nomeada para a regulamentação legal das TNC. Para além das prescrições fitoterápicas, Carlos Ventura trata os pacientes destas juntas de freguesia através da utilização da acupuntura coreana que, entre outras diferenças da acupuntura da MTC, caracteriza-se por ser aplicada apenas nas mãos (podendo ser também aplicada nos pés) dos pacientes. Este tipo de acupuntura viria a ser enquadrada pela lei portuguesa que regulamenta as TNC como um competência clínica passível de ser utilizada pelos Fitoterapeutas (cf. Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais).

Ensino e Ciência⁶¹ que compete a responsabilidade de assegurar a continuidade do serviço durante todo o ano:

“Com a Junta do Coração de Jesus, o projeto nasce a partir do contato com o vogal de saúde da Junta. Aqui em Alcântara é com o presidente. Com a Junta de Freguesia do Coração de Jesus isto passa-se há sete anos, aqui em Alcântara há quatro anos. E aqui, por exemplo, o presidente já não é o mesmo, mas tem sido um serviço bastante consensual e que funciona bem. Mas, de facto, como tem verificado pelo contacto com os utentes, é um serviço que eles acarinham muito e que é muito importante.

Estas Juntas de Freguesia pagam um valor fixo, mas que, aliás, não é diretamente a mim. Porque eu assumi isto sempre basicamente como um voluntariado. Portanto, basicamente eu sou professor no Instituto Hipócrates e isto, se eu não o fizesse, eu ganharia o mesmo. Porque se me pagassem diretamente a mim, se eu ficasse doente ou tivesse férias, o serviço não se faria durante esse tempo. E, portanto, é o Instituto Hipócrates que assegura o serviço. E se eu, num certo momento, por alguma razão, não posso vir, o Instituto Hipócrates tem um leque de pessoas que, a qualquer momento, podem entrar. Se fosse só comigo era mais complicado. Mas, como é uma instituição, o serviço, de facto, é assegurado 12 meses por ano, mesmo que eu tenha algum problema.” (Carlos Ventura, acupuntor e Fitoterapeuta, Lisboa)

Carlos Ventura faz uma importante descrição do processo histórico desta aproximação entre o poder local, sejam as Juntas de Freguesia ou as próprias Câmaras Municipais, com a acupuntura, entre outras TNC, importante para contextualizarmos a importância deste fenómeno, mostrando como ele antecedeu, em largos anos, a regulamentação legal destas práticas. De certa forma, foi em parceria com o poder local que se organizaram alguns dos primeiros encontros entre profissionais das diferentes MAC, algo seria, posteriormente, importante para a sua luta conjunta pela regulamentação legal das TNC:

“A ligação com as autarquias começou na segunda metade dos anos 90, há uns 15 a 20 anos. Esta ligação com as autarquias veio de Francisco Castro, que é um acupuntor. Eu ainda ontem reuni com ele. Um acupuntor que é brasileiro e que chegou a Portugal há 16 anos, 17 anos, mais ou menos. Ele passou uns anos no Japão onde estudou Medicina Tradicional Chinesa e quando veio para Portugal ele estabeleceu-se ali na linha do Estoril e estabeleceu contatos com a Câmara de Cascais. E, então, houve a hipótese de fazer lá um Fórum de Medicinas Naturais. E ele, de facto, não tinha estrutura nenhuma por trás e contactou a Escola das Ciências Naturais e Homeopáticas, da qual eu era o diretor pedagógico e contactou-nos, a mim e a outro colega, porque achou que eramos a instituição ideal para organizarmos esse Fórum.

⁶¹ A informação relativa a esta instituição de ensino pode ser consultada em <http://institutohipocratesonline.com/>.

Reunimos com a Câmara de Cascais, a reunião correu de facto muito bem e aí decidimos que, sim senhor, tanto a Câmara Municipal como nós, estávamos de acordo em criar um Fórum de Saúde Natural. E de facto, esse Fórum foi a primeira vez em que toda a gente, das diferentes áreas, se reuniu. Esse Fórum correu muito bem e, portanto, fizemos depois uns 4 ou 5. Por ano fazíamos um, em Outubro mais ou menos. Esse primeiro Fórum foi no teatro Garcia Resende que é da Câmara. Depois outro foi no Museu do Mar, em Cascais centro. Foram abertos e encerrados pelo presidente da Câmara Municipal, e pelo vereador correspondente, dos espaços verdes. E foram coisas com muita dignidade, com muita visibilidade, trazendo pessoas um bocado do país todo. E isso despertou-me para a importância da colaboração com as autarquias.

Depois desse Fórum... eu fui o coordenador desses Fóruns e depois fui o coordenador de outros Fóruns com outras autarquias, nomeadamente com a Câmara Municipal de Castelo Rodrigo, com a Câmara Municipal do Funchal e com juntas de freguesia, nomeadamente aqui a de Alcântara, e com a Junta do Coração de Jesus. E, portanto, fizemos os Fóruns e a partir dessa dinâmica nasceu, também, este serviço de consultas gratuitas para a população. Basicamente é isso.”⁶²

Tal como os terapeutas da Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, Carlos Ventura descreve uma grande demanda pelos serviços de acupuntura nas duas Juntas de Freguesia onde desenvolve a sua prática clínica, tendo em conta a gratuitidade dos tratamentos, sendo que a maioria dos seus pacientes encontra-se acima dos 65 anos de idade. A procura era de tal maneira grande, que levou a Junta de Freguesia de Alcântara a ter de impor um limite máximo para o número de pacientes:

“Neste momento, estamos aqui com mais ou menos 20 consultas, tratamentos por dia, mas de facto há um ano e tal, estávamos à volta de 50. Portanto, isto ao fim de um mês é um número brutal de consultas e tratamentos!

⁶² O IV Fórum de Saúde Natural, organizado por Carlos Ventura e promovido pela Junta de Freguesia de Alcântara e o Instituto Hipócrates de Ensino e Ciência, em 2012, teve como convidados de honra representantes do poder local, da Direção Geral de Saúde (DGS) e vários dos representantes das TNC na comissão Técnica Consultiva: Dr. Delberto Aguiar, Vogal da Saúde da Junta de Freguesia de Coração de Jesus (Lisboa); o Dr. Pedro Ribeiro da Silva, Coordenador do Dossiê das Medicinas Não Convencionais na DGS; o Prof. Doutor Luís Marques, Presidente da Associação para a Salvaguarda do Património Cultural Imaterial; os Representantes das Terapêuticas Não Convencionais para a Regulamentação em Curso na Direcção-Geral de Saúde: Drs. José Faro (Acupuntura), Manuel Branco (Naturopatia), Augusto Henriques (Osteopatia), António Alves (Quiroprática). Contou com a participação de vários palestrantes, entre eles a professora Doutora Ana Varela, da ESMTTC, membro da Direção da Federação Portuguesa de Fitoterapia Profissional e da APAMTC (cf. Capítulo 2), mestre em Fitoterapia pela Universidade de Medicina Chinesa de Nanjing e doutorada em “Exercício e Saúde” pela Faculdade de Motricidade Humana (cf. <http://www.esmtc.pt/index.php/investigacao/88-iv-forum-de-saude-natural-e-de-medicinas-nao-convencionais>).

Houve uma redução do número de consultas e de tratamentos, por iniciativa da própria Junta, porque eram pessoas demais e havia muito barulho e a secretaria não estava preparada, à partida, para atender tanta gente, sendo certo que, para mim, começou de facto a ser uma carga muito grande. Mas, eu não tomei nenhuma iniciativa a esse nível. Foi a própria Junta que assim decidiu...hoje esteve ali mais de 20 pessoas. Agora, imagine mais do dobro! Quer dizer, era barulho, era pessoas a virem, a entrar e a sair. E, nessa altura, passava tudo pela secretaria. E eu depois alterei isso e puxei tudo cá para cima. Portanto, as pessoas dirigem-se diretamente a mim, salvo se são pessoas de fora da freguesia. Aí têm de ir à secretaria pagar, eu já não tomo iniciativa. Mas, de qualquer maneira, quando uma pessoa vem pela primeira vez vai sempre à secretaria. Se é da freguesia não paga! Se é de fora da Freguesia paga.” (Carlos Ventura, acupuntor e Fitoterapeuta, Lisboa)

Para além da utilização de diferentes valências terapêuticas aos pacientes idosos que os procuram, os tratamentos administrados por estes acupuntores nas Juntas de Freguesia, mais do que a aplicação das agulhas de acupuntura, baseiam-se na mesma tentativa de muitos dos seus colegas de profissão, no sentido da promoção de uma responsabilidade individual perante a saúde, que passa por cultivar uma postura ativa de transformação de hábitos de vida – sobretudo, dos hábitos alimentares e relacionados com a prática de atividade física - no sentido da adoção de um estilo de vida mais saudável:

“Existem pessoas que têm uma relação de confiança com o médico, porque o médico é sempre visto como o salvador, que tem uma pilula para mudar algum sintoma que é indissociável pelo que têm no corpo. Enquanto que o que nós entendemos na medicina chinesa é que a pessoa é responsável pela sua doença. É claro que, geneticamente, há um fator que pode induzir a doença. Mas, a pessoa é muito responsável por aquilo que come, aquilo que sente, a que se expõe, fatores externos. “Que chatice, constipei-me! Por isso vou ao médico e vou pedir uma coisa qualquer para a constipação”. E o que eu estudo não é isso. O que eu estudo é “Constipou-se porque o seu sistema imunitário estava fraco. Se calhar porque não comia bem”, portanto, é dar ao corpo ferramentas para ele se curar. Em oposição à pilula, à dependência do medicamento. Que é importante, mas que não é necessário, muitas vezes.” (Duarte, Terapeuta de MTC, Lisboa)

Sendo que as consultas iniciais e os tratamentos decorrem num espaço comum, o menor grau de privacidade conferido por este modelo de prestação de cuidados de acupuntura é compensado, na opinião dos terapeutas de MTC que trabalham na Junta de Freguesia e Santos-o-Velho, pelos baixos custos do tratamento: os pacientes pagam 30 Euros por um pacote de 10 consultas, o que dá o preço de apenas 3 Euros por sessão. Com um preço tão baixo, é possibilitado a cada paciente fazer um maior número de

sessões, do que, geralmente, acontece nos consultórios privados, ao longo do período em que decorre o tratamento, potenciando os seus efeitos benéficos⁶³.

Mas, se acupuntura comunitária foi criada, na Califórnia como em Lisboa, como forma de ultrapassar os constrangimentos económicos da população mais carenciada (sobretudo, da população idosa), garantindo uma maior acessibilidade dos tratamentos de acupuntura a estes segmentos da população, as tentativas de promoção de uma postura mais ativa e de responsabilidade individual por parte dos acupuntores nas Juntas de Freguesia, esbarram, recorrentemente, com os incontornáveis fatores sociais determinantes da saúde.

À semelhança da realidade encontrada no PAS de Almeirim, Carlos Ventura sente a necessidade de modular os seus esforços de promoção da saúde pelos constrangimentos económicos e sociais que afetam a maioria dos seus pacientes. Refere como em relação à Fitoterapia “nestes últimos 2 ou 3 anos, com a crise, tem havido uma queda brutal, arrasadora das consultas!”. Os mesmos efeitos da crise são sentidos na impossibilidade de prescrever os suplementos fitoterápicos a grande parte dos seus pacientes das Juntas de Freguesia, devido ao seu elevado custo económico, apesar da gratuidade dos tratamentos de acupuntura. E o mesmo se verifica no que se refere à tentativa de alteração dos hábitos alimentares:

“Por exemplo, um utente que esteve aqui tinha problemas de funcionamento intestinal. E eu disse-lhe:

“- Para os intestinos e para perder peso, você pode cortar com a carne. Passe a comer peixe.”

Ele está desempregado e, portanto, ele pôs-me imediatamente a questão:

⁶³ Este argumento já me havia sido previamente apresentado pelos defensores da acupuntura comunitária durante o meu período de pesquisa em Santa Cruz, na Califórnia. Por exemplo, para Jamie, que abriu recentemente a sua clínica de acupuntura comunitária em Santa Cruz, a “Flux acupuncture lounge” (<http://www.fluxacupuncture.com/>), a razão de ser deste modelo de acupuntura é simplesmente a de tornar os tratamentos de acupuntura acessíveis a um maior número de pessoas, com maior regularidade:

“O objetivo da acupuntura comunitária é tratar várias pessoas num espaço pequeno ao mesmo tempo. Em vez de tratar apenas um paciente de cada vez durante uma hora num cubículo pequeno, pode-se tratar vários pacientes ao mesmo tempo num espaço comum, de forma a que te possas mover entre os pacientes, estabelecendo uma interação mais breve, deixando as agulhas fazerem o seu trabalho. Dessa forma, consegues baixar os preços que cobras e os pacientes podem visitar-te mais vezes por semana” (Jamie, terapeuta de MTC, Santa Cruz, Califórnia)

“- Pois, mas o peixe é muito mais caro do que a carne!

- Mas, você também não precisa de comer peixe todas as semanas! Pode cortar com a carne, sem problema nenhum, deve continuar a comer peixe, mas não precisa de comer peixe todos os dias da semana. Se comer peixe dia sim, dia não, não vai ter carências. A nível proteico pode ir para as leguminosas. Pode ir para o grão, para o feijão, para as lentilhas. É um alimento barato. E tem as proteínas que precisa. Introduza o cereal integral!” E ele introduziu.

Com a população idosa, se eu passar fitoterapia tem de ser com produtos mais baratos! Vou muito para a argila, que é muito barata. E a argila externamente tem efeitos fantásticos. E, portanto, recomendo muito a argila, para quem tem menos capacidade económica. E, portanto, poderíamos ir por exemplo para o Cilício, mas é muito mais caro. E tenho que me adaptar às capacidades económicas das pessoas.” (Carlos Ventura, acupuntor e Fitoterapeuta, Lisboa)

Apesar de limitadas pelos constrangimentos sociais e económicos que afligem uma grande parte da população idosa que recorre aos tratamentos de acupuntura nestas Juntas de Freguesia, as tentativas dos acupuntores na promoção dos estilos de vida saudáveis são coadjuvadas, apesar de tudo, por outros dois aspetos dominantes neste tipo de acupuntura praticada:

- por um lado, o intenso convívio gerado entre os pacientes idosos, estreitando as relações locais de vizinhança e, assim, reforçando o seu capital social;

- por outro lado, pela relação de atenção e de afeto desenvolvida entre os acupuntores com os seus pacientes idosos que, fruto da gratuitidade dos tratamentos, administrados nos moldes da acupuntura comunitária, podem recorrer a eles com uma grande frequência.

Em primeiro lugar, o convívio entre os pacientes idosos, aspeto de grande relevância terapêutica, relativamente à população idosa que recorre ao PAS de Almeirim, segundo a terapeuta de MTC Inês Bernardo, é um traço, também, particularmente evidente, no âmbito dos tratamentos de acupuntura das Juntas de Freguesia do Sagrado Coração de Jesus e de Alcântara. Sendo que, após colocadas as agulhas nas mãos dos pacientes, eles aguardam numa sala conjunta até serem novamente chamados por Carlos Ventura para retirar as agulhas, esses momentos de espera tornam-se momentos de intenso convívio entre vizinhos, numa expressão ainda mais evidente da função social da acupuntura, anteriormente descrita.

Em segundo lugar, ao longo do meu período de pesquisa, os acupuntores destas Juntas de Freguesia, com a convívência dos pacientes, tiveram a disponibilidade de me deixar assistir a algumas sessões de tratamento. Pude assim, observar por mim mesmo a relação de atenção e de afeto estabelecida entre terapeuta e paciente, reunindo evidências claras daquilo que tenho vindo a afirmar. Esta relação adquire uma dimensão ainda mais relevante para estes pacientes idosos em função da crise económica, que constituía motivo recorrente das suas conversas, ou desabafos, com os seus terapeutas de MTC. Eis uma breve descrição etnográfica retirada do meu diário de campo, relativamente à Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, em Dezembro de 2011:

“O espaço tem 4 marquesas para tratamentos, separadas por biombos, mas, chegam a estar 5 paciente ao mesmo tempo (4 nas marquesas e outro paciente sentado numa cadeira). Sendo que a única separação física entre marquesas é a existência destes biombos, de facto, conseguem-se ouvir as conversas que dominam grande parte do tempo de tratamento.

Estas conversas ocorrem, principalmente, entre o paciente e o terapeuta de MTC. Mas, não é raro acontecer comentários cruzados, entre pacientes que se intrometem nas conversas de outros pacientes, entre os próprios terapeutas de MTC. Como resultado, observa-se um ambiente bastante descontraído, pautado por uma atenção cuidada e sem pressas. Pois, se cada paciente pode chegar a esperar uma hora na sala de espera para ser atendido, não é raro que o seu tratamento dure entre 1 hora a 1 hora e meia.

Nalguns casos, o terapeuta procura falar com o paciente, no sentido de confortá-lo a respeito dos seus problemas psicológicos e emocionais. No entanto, a exposição deste tipo de problemas pelo paciente é, sobretudo, apropriada no âmbito da elaboração de um diagnóstico, e eventual redefinição do tratamento. Pois, é o corpo que é o campo preferencial de intervenção dos terapeutas de MTC, ainda que ela aspire ao tratamento de uma totalidade biopsíquica.

Algumas vezes, a conversa torna-se num monólogo. Quando o paciente fala longamente a respeito de diversas questões de natureza pessoal, a respeito das quais o terapeuta limita-se a escutar. Cumprindo simplesmente a função de dar ouvidos a quem se sente só.

Muitas vezes, também, as conversas centram-se sobre o tema da crise económica, sobretudo, sobre os seus reflexos negativos nas suas vidas e nas dos seus filhos e netos. A título de exemplo, entre tantos outros possíveis, uma paciente idosa fala com o seu terapeuta, o Filipe a respeito da greve dos comboios que havia nesse dia. A partir daí, desenvolve a conversa em torno das restrições económicas que enfrentou no passado, da sua esperança por uma solução provinda dos políticos do presente, e dos medos pelo futuro dos seus netos:

“- Na minha geração, já passámos por muito! E agora é esta crise que estamos a passar... Eu era ainda nova na altura da 2ª guerra mundial e as pessoas passavam por muitos problemas. Já se passou

muito! Mas, as pessoas agora também estão a passar. As pessoas tinham os seus pagamentos e, agora, sem emprego perdem as suas casinhas. Vamos ver se o primeiro-ministro faz alguma coisa pelo país.

Esta crise é muito grande e os jovens têm muita dificuldade em encontrar emprego. Em qualquer curso, hoje em dia! É a situação dos meus netos!”

Outras vezes, as conversas são simplesmente animadas e nada têm a ver com problemas de nenhuma ordem. São apenas conversas marcadas pelo carinho e afeto, potenciadas pelo ambiente descontraído das consultas. Como exemplo, numa dessas conversas, uma paciente idosa pergunta ao terapeuta de MTC onde é que ele vai passar o Natal, que seria dentro de poucos dias. Como ele disse que ia passar junto da família, a paciente chama-o carinhosamente de mimado, por ele ser filho único, virando-se para mim, para comentar:

“- Nós temos aqui meninos muito queridos, muito queridos!”

Aliás, o tratamento dos terapeutas por “meninos” é muito recorrente, indiciando uma relação de afeto pessoal, para além da relação profissional, sem, no entanto, parecer colocar em causa, a confiança que depositam neles no que respeitava à sua competência em administrar o tratamento.” (Diário de Campo, Junta de Freguesia de Santos-o-Velho, Dezembro de 2011)

Também, Carlos Ventura referiu-se a respeito da relação próxima que mantem com os seus pacientes nas Juntas de Freguesia como um aspeto essencial para o desenvolvimento de uma abordagem holista da saúde e da doença, porque lhe permite enquadrar o paciente num contexto social determinante:

“Na naturopatia e fitoterapia, incluindo a acupuntura do pé e da mão, os sintomas melhoram porque o estado da pessoa melhora. Ou seja, o sintoma é uma manifestação consequente a algum problema que a pessoa tenha. E, portanto, nós dirigimo-nos sempre a tratar a pessoa. Se o estado da pessoa melhora, os sintomas melhoram e eventualmente desaparecem. É difícil nós, ou pelo menos não está nos nossos objetivos, propriamente, tratar os sintomas, nós dirigimo-nos sempre a tratar as pessoas.

E apesar de serem muitos utentes, o que é verdade é que eu tenho uma relação muito próxima com eles, como já notou. Eu sei a vida deles, portanto, na minha cabeça eles estão enquadrados. Como é que vivem, se vivem sozinhos ou se vivem com mais pessoas, com a família, aí já têm mais apoio. Se vivem sozinhos, é difícil eles próprios fazerem alguns tratamentos a eles próprios...há mais tendência a comerem pior, porque cozinham só para eles e, às vezes, não têm paciência. Se eles estão enquadrados numa família é mais simples comerem melhor. Porque mesmo que tenham pouco paciência, mesmo que tenham dificuldade em se mexer, há sempre alguém que cozinha, alguém que os apoia. E, portanto, eu preciso de saber como é que eles vivem. Se têm mais possibilidades económicas e podem ir, de facto, comprar suplementos que vão, obviamente, aumentar a eficácia do que se vai fazer e, portanto, eu tenho uma relação muito próxima com eles e eles vão-me dando conta disso.” (Carlos Ventura, acupuntor e Fitoterapeuta, Lisboa).

Tal como me explicou André Samora, o tipo de prática clínica de acupuntura que encontramos na Junta de Freguesia de Santos-o-Velho é bem frequente na China. Nesse sentido, ela não constitui nenhuma inovação californiana, nem nenhuma ocidentalização do legado ancestral da MTC. Se pode, eventualmente, parecer uma forma moderna de praticar acupuntura, é porque, fruto dos seus vários encontros com a Biomedicina, a medicina chinesa, na própria China, não é tão tradicional como poder-se-ia crer (cf. capítulo 3). Pelo contrário, como vários terapeutas de MTC com formação na China fizeram questão de assinalar, é a tendência para a “psicologização” (cf. Barnes, 1998) – que consiste na atribuição de um largo tempo da consulta para a conversa sobre os problemas de ordem psicológica e emocional - comum à forma de praticar acupuntura em diversos países ocidentais, incluindo os meus 3 contextos de pesquisa, na maioria dos casos analisados, que constitui a principal marca de ocidentalização da MTC.

Assim, como vimos, nem mesmo nas Juntas de Freguesia, onde se presta a acupuntura comunitária, a conversa sobre os problemas psicológicos, emocionais e sociais dos pacientes está ausente. Pelo contrário, sobretudo entre os idosos, que constituem a maioria destes pacientes, as conversas em torno destes temas são extremamente recorrentes e constituem parte integrante e relevante do tratamento prestado, ainda a acupuntura comunitária implique uma perda considerável de privacidade.

De facto, apesar do menor grau de privacidade, as conversas a respeito dos problemas emocionais e psicológicos, geralmente, relacionados com o entorno social, sobretudo familiar, eram bastante recorrentes no momento de administração do tratamento. Mesmo que os terapeutas não perguntassem diretamente a respeito desse tipo de problemas, os próprios pacientes acabavam por falar deles:

“Na primeira consulta é sempre feita uma exposição do que vai acontecer. Eu tento sempre ter esse cuidado. As pessoas devem ser acompanhadas! Vamos conversar um bocadinho e vamos entender qual é a queixa principal da pessoa. Mas, geralmente, a pessoa espontaneamente fala um bocado sobre a sua vida. Nós não perguntamos “Então como é que é a sua relação com os seus filhos?”, mas geralmente a pessoa acaba por falar sobre isso. Se calhar vive sozinha ou tem muito pouca coisa para contar. E nas primeiras duas ou três primeiras consultas as pessoas falam mais, falam muito. E nós deixamos as pessoas falar. Sabendo que a conversa está a ser ouvida pelas outras pessoas. Nos assuntos mais sensíveis as

peças baixam a voz. E portanto, as pessoas sabem que existe isso e veem as outras pessoas.” (Duarte, terapeuta de MTC, Lisboa)

“ Os idosos falam muito das coisas do dia a dia que eles fazem. Do que fizeram em casa, do que comeram, do que viram na rua. Tudo e mais alguma coisa dentro desse género. É o que eles fazem durante o dia. Alguns têm necessidade de desabafar. Falam a consulta quase toda. Há outros que nós notamos que estão um bocadinho tristes, basta fazer uma pergunta e vem dali uma conversa gigante. E, pronto, é um bocadinho desse género. Não é fofuquices, não é nada disso. É mais no sentido de desabafar. Porque dá-me ideia de que eles não falam com muita gente. E, então, nós, para além de sermos o escape para tratamento, também somos o escape para falarmos com eles. Depois também há pacientes com sessenta e tal anos que também têm patologia mental mesmo, patologia nervosa. Não é psicose, porque isso já é mais grave. Mas, já entra num campo em que já têm medicação de calmantes. E esses aí despejam mesmo tudo sobre a vida deles. Sobre o filho, a mãe, a filha. Tudo o que puderem falar, eles falam!” (André, Terapeuta de MTC, Lisboa)

E aquilo que os pacientes contam reflete bem uma situação de vida marcada pelo isolamento social, por formas de abuso e de violência, que caracterizam a condição de muitos idosos, sobretudo destes idosos mais carenciados:

“O que nós entendemos é que são pessoas muito traumatizadas na vida. Têm muitos problemas sociais e pessoais e deixaram de fazer muita coisa na vida pelo marido, pelos filhos, pelo patrão, alguém que abusou delas. Temos histórias terríveis, terríveis! E temos de manter uma certa postura e não podemos ser permeáveis! Porque depois transportamos isso tudo... e daí eu entendo que, por vezes, os médicos nos centros de saúde e nos hospitais sejam inflexíveis, porque têm de lidar com histórias terríveis. Acho que a história mais marcante foi a de uma senhora que não conseguia mexer o pescoço porque tinha torcicolos constantes. E ela divorciou-se há 20 anos, esteve casada 40 anos e o marido batia-lhe todos os dias. E ela vivia com uma irmã deficiente e recebia duzentos e poucos euros de reforma. E apresentou-se com um sorriso na cara. Mas, somaticamente e psicologicamente estava muito afetada. São muitos graus de doença e de proteção. É complicado para nós gerir isso. Mas, temos de aprender e, é por isso, que estamos aqui a aprender com os mais idosos.” (Duarte, terapeuta de MTC, Lisboa)

Muitas vezes, a resposta do terapeuta de MTC em relação a estes momentos de partilha deste tipo de problemas não é a de um conselheiro, mas, tão somente, a de alguém que se dispõe a ouvir, evidenciando bem aquilo que o Dr. Durval, médico-acupuntor do SUS no Rio de Janeiro, já argumentara a respeito da população idosa mais carenciada do Brasil, e da falta de espaços sociais em que possa ser ouvida. Nesse contexto, tal como no contexto das Juntas de Freguesia de Lisboa, apesar de todas as diferenças locais que os separam, a vontade de serem escutados constitui uma das

motivações essenciais da população idosa para o recurso à MTC, sobretudo, entre os mais desprovidos de capital social, como é evidente, assim como, entre os mais desprovidos de capital económico, que encontram na gratuidade/baixos custos dos tratamentos prestados uma solução possível:

“Eu tento sempre nessas situações não oferecer soluções. Uma pessoa que tem muito mais experiência de vida do que eu e que já respondeu a mais problemas do que eu não é benéfico, eu não tenho essa formação. Tenho é formação para conseguir ouvir essas pessoas, que precisam de ser ouvidas.” (Duarte, terapeuta de MTC, Lisboa)

É claro que, da confluência de problemas com uma origem tão diversa - das patologias físicas, como resultado de uma queda, por exemplo, até situações de violência doméstica e profundo isolamento social – recaem sobre estes jovens terapeutas de MTC expectativas de alívio de um sofrimento que, em boa medida, só pode ser resolvido fora da sala de consultas, através de outros atores que não apenas os profissionais de saúde. Essa realidade é, obviamente, geradora de alguma angústia, em consonância com as palavras, anteriormente descritas, da terapeuta de MTC que assinalava a sua frustração perante a quase inexistência de instituições sociais que permitissem atenuar o profundo isolamento social de alguns dos seus pacientes idosos (cf. Capítulo5):

“Portanto é posta uma grande responsabilidade em nós. Porque, sem ter encontrado respostas noutros lugares, algumas pessoas depositam a sua felicidade em nós. Mas, há pessoas que entendem que não tendo nenhuma queixa podem lá ir à mesma. Que não tendo nenhum sintoma, podem lá ir. Pelo fator social, de conversa, por causa da solidão, ou, simplesmente, porque é agradável receber uma massagem ou estar ali a conversar com pessoas mais novas.” (Duarte, terapeuta de MTC, Lisboa)

No entanto, apesar desta grande responsabilidade sentida, em alguns momentos, por estes terapeutas de MTC, é na relação de confiança e, mais ainda, de afeto e de carinho, que os pacientes encontram parte essencial do seu tratamento, orientado, assim, não apenas em torno da prática da acupuntura, mas para a administração de TLC, o “Tender-Loving-Care” de que falava Eleanor, a terapeuta de MTC californiana, tal como foi anteriormente descrito. Trata-se, assim, não apenas de tratar dos sintomas da doença, mas de promover o bem-estar emocional e, com ele, a saúde:

“O engraçado de tratar idosos é que, para já, eles são muito abertos, como eu te disse. Deixam-te fazer tudo. Todo o tipo de técnicas de acupuntura! Eles deixam fazer tudo, porque confiam. Primeiro, porque já nos conhecem há mais de um ano e depois porque veem resultados.

A atuação aqui ao nível da geriatria é muito o bem-estar deles. Não é um cuidado paliativo, porque eles não estão a morrer nas nossas mãos, mas é o bem-estar. Se eu conseguir que eles consigam andar contentes, fico eu contente!

E, a partir daí, gera-se uma confiança. Uma confiança que já não é tão profissional, passa ao nível pessoal. Porque eles confiam tanto e depois ligam-nos e até nos mandam cumprimentos no Natal. É muito engraçado. Eles são mesmo impecáveis. Depois quando veem resultados, melhor ainda, ainda mais aderem! Mas, passa muito por esse campo da amizade.” (André, Terapeuta de MTC, Lisboa)

A recorrência deste tipo de conversas, possibilitadas por uma relação de confiança entre acupuntores e pacientes que, para além do reconhecimento de uma competência clínica, passa pela atenção e pelo afeto, evidencia como os tratamentos de acupuntura nestas Juntas de Freguesia cumprem aquilo que tem vindo a ser assinalado como uma função social da MTC. Ela é especialmente relevante para a população idosa desprovida de capital económico, e de capital social, de que, aliás, o caso de Joana, descrito no início do capítulo 5, é um caso evidente, sendo que ela mesma era uma das pacientes desta Junta de Freguesia.

Reflexão final: Envelhecimento Ativo e capital económico

Tenho vindo a referir como o período de realização da pesquisa que sustenta a presente dissertação foi desenvolvido num contexto de crise económica, em Portugal, com importantes consequências sociais, nomeadamente para os mais idosos. Não farei uma análise pormenorizada desta conjuntura socioeconómica, uma vez que a compreensão profunda das suas causas e consequências extravasa os objetivos da minha tese⁶⁴. O meu objetivo primordial será o de tornar evidente a forma como esta crise económica e social constitui um terreno propício para que o paradigma do Envelhecimento Ativo vá emergindo como uma solução política idealizada para o

⁶⁴ Consultar Observatório sobre Crises e Alternativas do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra para informação e reflexão relevante a respeito da crise económica: <http://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/>

problema dos gastos públicos associados ao problema social do envelhecimento demográfico.

Ainda que esteja fora do escopo desta investigação fazer uma análise sistemática do muito que foi publicado pelos jornais portugueses sobre a crise desde 2011, a partir de uma consulta regular às publicações “online” de alguns dos principais jornais portugueses, apresento uma seleção breve de algumas peças noticiosas relevantes para o tema central da minha dissertação.

Instalada a crise económica, logo começaram a surgir, recorrentemente, notícias que davam conta de uma crise social. Entre outros aspetos importantes, essa crise social traduziu-se num aumento das desigualdades entre pobres e ricos, algo que afeta particularmente a população idosa, como veremos, constituindo uma barreira social estrutural à efetiva implementação da “cultura do envelhecimento ativo”.

Numa relevante peça noticiosa do jornal *Público* de 29.01.2012, eram transcritos trechos de entrevistas: ao sociólogo Elísio Estanque, investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra; a Natália Nunes, responsável pelo Gabinete de Apoio ao Sobreendividado (GAS); a Eugénio Fonseca, presidente da Caritas; e ao padre Lino Maia, presidente da Confederação Nacional das Instituições Particulares de Solidariedade Social (CNIPE).

Apenas cerca de 7 meses depois do pedido de resgate internacional, esta peça noticiosa era publicada com o título “Classe média está em risco de «implosão»” (*Público*, 29.01.2012). A partir das suas diferentes perspetivas, todos os entrevistados viriam confirmar aquilo que enunciei anteriormente, a partir dos dados reunidos no âmbito da minha investigação, evidenciado, sobretudo, na perspetiva de Nijamodine Hamido, terapeuta de MTC no Projeto Alternativo de Saúde, de Almeirim, quando se referiu ao empobrecimento drástico das classes médias, com consequências na sua saúde física e mental.

O mote para a discussão desenvolvida na notícia era dado a partir do lançamento da obra do investigador do CES da Universidade de Coimbra, Elísio Estanque, sobre a “ascensão” e o “declínio” da classe média portuguesa (Estanque, 2012). O investigador era, então, entrevistado a respeito do lançamento do seu livro, referindo-se a uma “possível implosão da classe média”, agravada por uma “desmontagem do Estado

Social”, resultando numa “forma de sofrimento corrosiva e destruidora da afirmação do sujeito na sua relação com os outros”, com enormes custos na saúde pública:

"Os poderes políticos deviam estar mais preocupados com a possível implosão deste grupo do que com a sua eventual manifestação nas ruas (...) Todos os dias há algo de novo: o acordo de concertação social, o anúncio de uma nova vaga de excedentários na função pública, o abandono da universidade pelos estudantes, as novas vagas de desemprego, o aumento das taxas moderadoras, a desmontagem do Estado Social – está tudo a acontecer de uma forma extraordinariamente rápida e intensa (...)

Quando falam dos perigos da conflitualidade social, os agentes políticos só pensam nas manifestações de rua. Esquecem que esta forma de sofrimento é uma outra forma de conflitualidade, muito mais corrosiva, muito mais destruidora da afirmação do sujeito na sua relação com os outros (...) não estão a ser devidamente avaliados os custos, a médio prazo, de uma sociedade doente, incapaz de responder às necessidades do país"

Em última análise, para o sociólogo, esta implosão da classe média permite a certeza de que “as consequências serão gravíssimas no que respeita ao acentuar das desigualdades entre ricos e pobres”.

A implosão da classe média passou, em grande medida, pelo seu endividamento, que o sociólogo não imputa especialmente à responsabilidade individual, mas, sobretudo, ao discurso dos políticos, no sentido de incentivar o consumo, e uma estratégia de lucros da própria banca:

"Não responsabilizo especialmente as pessoas, do ponto de vista individual. Não tenho dúvidas de que se tratou de um programa de facilitação do crédito estrategicamente montado, planeado e orientado por parte da própria banca", comenta Elísio Estanque. Considera que as consequências, "que hoje estão à vista", "foram agravadas, por um discurso político que, ao invés de ter um teor pedagógico e preventivo, instigou ao consumo e ao progressivo endividamento".

Natália Nunes, responsável pelo Gabinete de Apoio ao Sobreendividado (GAS), confirma o diagnóstico de Elísio Estanque, identificando “a progressiva redução dos direitos sociais e laborais” o aumento do desemprego e as medidas de austeridade adotadas como os principais motivos responsáveis por um aumento rápido do sobreendividamento da classe média:

“Em 11 anos multiplicaram-se os pedidos de apoio ao GAS, que em 2000 deram origem à abertura de 152 processos, em 2010, a perto de três mil, e no ano passado a 4288. E Natália Nunes não hesita em situar as pessoas que hoje vivem as situações mais graves no grupo estudado por Elísio

Estanque, a classe média. Do total de consumidores apoiados, 61 por cento têm idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos; 45 por cento concluíram o ensino secundário ou universitário e a maior parte tem rendimentos superiores a 1500 euros por mês. São pessoas reais, que aparecem diluídas no ensaio de Elísio Estanque, enquanto membros de um segmento social que se tornou vítima da "progressiva redução dos direitos sociais e laborais, do consequente aumento da insegurança, do desemprego e das medidas de austeridade".

Já na voz de Eugénio Fonseca, presidente da Caritas, encontramos o testemunho de quem presencia a “pobreza envergonhada”, fazendo recordar as palavras de Nijamodine Hamido, quando apontava para o facto desta classe média, subitamente empobrecida e, nalguns casos, em recente situação de desemprego, continuar a aparecer de fato e gravata nos serviços de acupuntura do PAS de Almeirim:

"As pessoas recusam-se a assumir a perda de status, aguentam muito para além do limite do razoável, procurando manter a aparência de um estilo de vida que já não são capazes de pagar. E quando finalmente nos procuram, a gravidade das situações é tal que ultrapassa, em muito, a nossa capacidade de intervenção"

As palavras do padre Lino Maia, presidente da Confederação Nacional das Instituições Particulares de Solidariedade Social (CNIPE), ajudam na definição deste conceito de “pobreza envergonhada”, relacionado com os “novos pobres”, oriundos da classe média. Fazendo eco dos testemunhos relatados anteriormente dos pacientes idosos das Juntas de Freguesia, o principal receio de muitas destas pessoas é, observando o agravamento da sua situação socioeconómica, temerem não poder vir a proporcionar as condições necessárias para que os seus filhos (ou netos) atinjam o nível de vida idealizado. Tal como apontava Nijamodine Hamido, relativamente aos seus pacientes de MTC, o padre Lino Maia identifica profundas consequências negativas deste empobrecimento súbito na saúde mental das pessoas que recorrem às Instituições Particulares de Solidariedade Social:

“O presidente da Confederação Nacional das Instituições Particulares de Solidariedade Social (CNIPE), o padre Lino Maia, confronta-se com os mesmos problemas, mas sublinha que as pessoas sobreendividadas "preocupam-se, principalmente, com a iminência de as dificuldades afectarem os filhos, aos quais procuram proporcionar o mesmo estilo de vida que tinham antes, ainda que eles próprios estejam, já, a cortar na sua alimentação".

As próprias instituições de apoio social têm vindo a ajustar protocolos para acolher estas pessoas, que na necessidade de ajuda e na situação de pobreza se somam aos sem-abrigo, mas têm um perfil muito diferente.

"São professores, juristas, arquitectos, engenheiros", enumera Eugénio Fonseca. E não procuram apenas o que comer: "Pedem ajuda para pagar a renda, a água, a luz, as propinas dos filhos", completa Lino Maia. Deram origem a um novo conceito, o de pobreza envergonhada, e começaram há dois ou três anos a aparecer nos noticiários sob a designação de "novos pobres", falando sempre sob anonimato, com a voz distorcida, filmados ou fotografados de costas ou em contraluz. "Nesse aspecto, a situação piorou: hoje dificilmente se consegue que estas pessoas falem, mesmo nessas condições", diz Lino Maia. O que aconteceu? "As pessoas estão deprimidas", diagnostica o presidente da Caritas."

Cerca de 3 meses mais tarde, no dia 11-04-2012, o mesmo padre Lino Maia afirmava que era "necessário e possível" salvar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), como uma das funções essenciais do Estado, destacando a sua importância primordial na saúde dos mais carenciados:

"o fim do modelo social europeu e do Serviço Nacional de Saúde é o fim, a morte, dos mais carenciados, dos mais pobres, dos mais desfavorecidos (...) um Estado que não se preocupe com o futuro dos mais desfavorecidos é um Estado que não tem razão de ser". (*Rádio Renascença*, 11.04.2012)

O presidente da Confederação Nacional das Instituições Particulares de Solidariedade Social reagia, assim, às declarações do ministro da saúde, Paulo Macedo, nesse mesmo dia no Parlamento, quando afirmou que "a sustentabilidade do SNS não está minimamente assegurada" (*Jornal de Negócios*, 11.04.2012)

Ainda que o ministro da saúde afirmasse, também, que, nesse ano, o setor da saúde teria ao seu dispor o maior orçamento de sempre, o que, no seu entender, "mostra que o Governo quis discriminar a saúde mesmo nas condições mais difíceis", as suas declarações sobre o facto da sustentabilidade do SNS não estar assegurada mereceram duras críticas e uma exigência de demissão por parte de António Arnaut, ministro dos Assuntos Sociais em 1978 e um dos principais fundadores do Serviço Nacional de Saúde português:

"Depois de ouvir as declarações do ministro da Saúde quanto à "insustentabilidade" do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o seu fundador não esconde a indignação e pede a demissão de Paulo Macedo.

“Ele tem que se demitir, porque não pode ser responsável por uma pasta cuja obrigação essencial é garantir a sustentabilidade do SNS, que é uma garantia constitucional”, critica António Arnaut, em declarações à Renascença.

O “pai” do Serviço Nacional de Saúde ficou perplexo com as afirmações do ministro da Saúde, hoje, no Parlamento, e alerta que “no dia em que o SNS for posto em causa e as pessoas começarem a morrer por falta de assistência médica, vai haver um levantamento popular, porque há um limite para o sofrimento” (*Rádio Renascença*, 12.04.2012)

O ministro manteve-se em funções e, apesar de afiançar a disponibilização de uma grande parcela do orçamento de Estado para o setor da saúde, a realidade é que, dois anos mais tarde, em 19 de Junho de 2014, 66 diretores de serviço clínicos e não clínicos e os responsáveis por unidades intermédias de gestão demitiam-se em bloco, e com a solidariedade da administração, no Hospital de São João no Porto, alegando asfixia burocrática, subfinanciamento, equipamentos obsoletos e falta de material:

“António Ferreira, presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar de São João, no Porto, avisou há dois meses o ministro da Saúde de que a situação clínica tornara-se “insustentável”, sendo impossível tratar dos doentes com qualidade.” (*Expresso*, 19.06.2014).

Ainda que esta situação em particular fosse revertida, através de um atendimento do ministério da saúde às principais exigências dos diretores do Hospital de São João do Porto, era mais um sinal óbvio de que as medidas de austeridade afetavam gravemente a qualidade do serviço prestado no SNS.

Os mais idosos, com quem tive a oportunidade de conviver ao longo destes anos de pesquisa, são dos segmentos populacionais mais afetados por estes períodos de crise e pelas medidas de austeridade adotadas. De facto, muitos deles, como vimos antes, a partir dos relatos dos pacientes que recorrem às consultas de MTC nas Juntas de Freguesia de Lisboa, pelo aumento dos custos associados a alguns cuidados da Biomedicina, anteriormente inteiramente gratuitos e, hoje em dia, associados ao pagamento de diferentes tipos de taxas, juntamente com um aumento do tempo de espera para as consultas de especialidade, apontavam a deterioração da qualidade dos serviços prestados no âmbito do SNS. Tratando-se de uma população carenciada, na ausência de capital económico que lhes permitisse recorrer ao setor privado, encontravam nos tratamentos de acupuntura a baixos custos nas Juntas de Freguesia, a solução possível para uma grande diversidade de problemas de saúde.

As medidas de austeridade adotadas, visando nos seus objetivos iniciais uma redução da despesa do Estado, atingiram não apenas o SNS, mas também os salários e as pensões dos reformados.

É certo que a OMS aponta para a existência de importantes fatores determinantes do Envelhecimento Ativo, destacando entre eles a importância da condição económica dos sujeitos como condicionante da sua saúde e, assim, assinalando a enorme importância da sociedade, no seu conjunto, em criar as oportunidades para a saúde, participação e segurança da população idosa que, tendo em conta a sua heterogeneidade económica e social, não podem estar dependentes, apenas, do comportamento individual. Mas, se o envelhecimento ativo assenta na coresponsabilização das sociedades e dos indivíduos perante os 3 pilares anteriormente referidos, no entanto, as medidas de austeridade adotadas recentemente em Portugal podem determinar um agravamento da pobreza entre os mais idosos, dificultando em grande medida as possibilidades de assunção individual de responsabilidade sobre a saúde, de participação ativa e de planificação da segurança na velhice.

Num estudo recente é assinalado como a pobreza entre os mais idosos vinha a decrescer de forma significativa em anos recentes em Portugal, apesar de esses números globais ocultarem uma profunda heterogeneidade que caracteriza a população idosa: em 2010, eram os idosos acima dos 75 anos que revelavam uma maior taxa de pobreza (33%); o género revela-se um fator mais determinante entre a população idosa do que no população nacional no seu conjunto, sendo que a taxa de pobreza feminina é maior (18,4%) do que a masculina (17,6%) (Rodrigues et al., 2013).

De acordo com este estudo, a análise detalhada do período entre 2003-10 evidencia os efeitos da reforma de 2007 (“Lei de Bases da Segurança Social”), que teria o objetivo de assegurar a sustentabilidade das pensões a longo prazo, através de mudanças substanciais do sistema. De acordo com estes autores, estas alterações levam a pensões menos generosas e a novas regras a respeito da sua taxa de atualização, agora associada ao crescimento económico e à esperança média de vida, ao mesmo tempo que a reforma antecipada é penalizada e mais difícil de obter. No entanto, estas mudanças afetam predominantemente os futuros pensionistas e o agravamento do envelhecimento populacional tem impedido que estas alterações tivessem o efeito esperado na despesa

pública. Apesar dos efeitos negativos de algumas destas alterações nos valores nominais das pensões, os autores destacam a importância da introdução do Complemento Solidário para Idosos (CSI), em 2006, que, com 236.000 beneficiários em 2010, contribuiu de forma significativa para a redução da pobreza dos mais idosos nos anos recentes, até 2010, ainda que aquém do seu objetivo final de definitiva erradicação da pobreza entre a população idosa.

No entanto, dizem estes autores, as medidas de austeridade implementadas após 2010 tiveram um forte impacto sobre as pensões e podem reverter esta recente evolução positiva, ainda que as pensões mais baixas tenham ficado relativamente excluídas dos cortes. Esta reversão das políticas sociais, de que a queda do número de beneficiários do CSI é um exemplo claro, deverá levar, necessariamente, concluem os autores, a uma redução da eficácia destas políticas sociais em reduzir a pobreza, e a extrema pobreza em Portugal. Para além disso, o contínuo empobrecimento e aumento da taxa de desemprego da população portuguesa forçam muitos idosos a suportar financeiramente os seus filhos e netos e, neste sentido, os rendimentos que estes idosos pudessem ter acumulado para garantir uma melhor qualidade de vida na velhice são agora postos em causa pela crise económica e social.

Esta alteração das políticas sociais surge paralelamente à procura de uma redução dos gastos de saúde públicos com os mais idosos, através, por exemplo, da introdução de taxas moderadoras para a utilização de certos serviços de saúde, nomeadamente as urgências hospitalares, e exames laboratoriais de diagnóstico.

Uma das medidas políticas mais polémicas de austeridade em relação às pensões dos reformados foi a introdução da Contribuição Extraordinária de Solidariedade (CES). Foi de tal forma polémica que levou António Bagão Félix - que ocupou os cargos de Ministro da Segurança Social e do Trabalho (entre 2002 e 2004), e, mais tarde, de Ministro das Finanças e da Administração Pública (entre 2004 e 2005), em governos resultantes da mesma coligação política, PSD e PP, que governou durante estes últimos anos de crise económica – a denunciá-la como mais uma das várias medidas adotadas que evidenciam uma “ideologia punitiva sobre os mais velhos”, assente numa “ausência de reflexão colectiva e uma tecnocracia gélida”. No final do artigo de opinião, o antigo

ministro questionava com ironia porque é a solidariedade entre gerações só era exigida num sentido - dos mais velhos para os mais novos:

“A CES não é um imposto”, dizem. Então façam o favor de explicar o que é? Basta de logro intelectual. E de “inovações” pelas quais a CES (imagine-se!) é considerada em contabilidade nacional como “dedução a prestações sociais” (...)

95% dos pensionistas da SS escapam à CES”, diz-se com cândido rubor social. Nem se dá conta que é pela pior razão, ou seja por 90% das pensões estarem abaixo dos 500 €. Seria, como num país de 50% de pobres, dizer que muita gente é poupada aos impostos. Os pobres agradecem tal desvelo. (...)

A ideologia punitiva sobre os mais velhos prossegue entre um muro de indiferença, um biombo de manipulação, uma ausência de reflexão colectiva e uma tecnocracia gélida. (...)

P.S. Uma nota de ironia simbólica (admito que demagógica): no Governo há “assessores de aviário”, jovens promissores de 20 e poucos anos a vencer 3.000€ mensais. Expliquem-nos a razão por que um pensionista paga CES e IRS e estes jovens só pagam IRS! Ética social da austeridade?” (Félix, 13.01.2014).

O tema da solidariedade entre gerações, tão caro ao paradigma do Envelhecimento Ativo, é, de facto, um elemento presente nas intervenções do primeiro-ministro português, quando foi necessário justificar publicamente os cortes nas pensões.

Num discurso sobre o envelhecimento populacional, proferido a 7 de Dezembro de 2013, no Congresso da Grande Idade, celebrado em Lisboa, o primeiro-ministro Português referiu-se ao paradigma do Envelhecimento Ativo. A sequência do seu discurso é muito alinhada com a que é promovida e adotada pela UE: começa por enaltecer o envelhecimento populacional como conquista civilizacional, para passar à identificação dos riscos que coloca à sustentabilidade económica dos sistemas de segurança social.⁶⁵

Nesse discurso, defendendo que, para os mais idosos, a “protecção é merecida e inegociável”, o primeiro-ministro português considera que, ao mesmo tempo, “os desequilíbrios demográficos e as desproporções financeiras forçam-nos a agir”, em contexto agravado pela crise económica e financeira, de forma a garantir no futuro “a

⁶⁵ (cf. <http://www.portugal.gov.pt/media/1265446/20131207%20pm%20envelhecimento.pdf>)

sustentabilidade dos mecanismos que garantem direitos de que não podemos prescindir”. Por outro lado, o primeiro-ministro recorre ao conceito de Envelhecimento Ativo, afirmando que este aponta para a necessidade de se pensar “uma nova articulação das políticas públicas, mas convoca também o conjunto da sociedade civil a reconfigurar as suas instituições e as suas práticas.” Neste sentido, a sociedade civil, como distinta da figura do Estado, é chamada a fazer a sua parte.

Afirmando que o envelhecimento ativo “traz consigo uma promessa de enriquecimento – pessoal e colectivo”, significando um “fortalecimento das comunidades locais, mais integração social e geracional e um importante factor de coesão”, o valor da “Grande Idade” é enaltecido:

“Na relação com a juventude percebemos que a idade mais avançada apresenta como trunfos a sabedoria da palavra, a fortaleza do exemplo e a profundidade da experiência. Perante as grandes mudanças que o nosso País está a levar a cabo rumo a um futuro melhor, eu diria que esses trunfos são mais preciosos do que nunca.”

No entanto, apesar do tom de celebração, verifica-se a reversão das políticas sociais, acima descrita, que passa por reduzir a despesa pública com as pensões. Se observarmos as palavras proferidas pelo primeiro-ministro português noutros momentos, reconheceremos o mesmo tipo de tensão que, como tenho vindo a afirmar, desde a Introdução da presente dissertação, caracteriza, recorrentemente, a discussão em torno do envelhecimento demográfico. Assim, numa dessas intervenções, algumas medidas de austeridade que afetavam sobretudo os reformados, ex-funcionários públicos, foram justificadas como uma forma de estabelecer uma “igualdade” e corrigir uma “injustiça” entre estas reformas e as pensões dos ex-funcionários do sector privado:

“Os reformados do Estado “têm hoje pensões e reformas bem mais elevadas” do que aqueles que trabalharam no sector privado, o que constitui “uma injustiça imensa”, na opinião do primeiro-ministro.

“Sobretudo quando estamos em crise, devemos ser particularmente justos”, defendeu, concluindo que “os tempos de grande dificuldade” poderão ser “uma oportunidade boa para aprender com o passado” (Sol, 16.12.2012).

Esta justificação viria a ser criticada pela oposição política, como incitando à divisão e à conflitualidade entre os pensionistas dos diferentes sistemas contributivos, pondo em causa a coesão social e fazendo divergir as atenções do facto mais relevante de que, todos eles, estão a ser afetados pelas medidas de austeridade. Para além dos

cortes nominais das pensões dos reformados, num momento em que, em finais de 2012, por alturas da aprovação do orçamento de estado, algumas medidas de alteração ao sistema de pensões levantavam dúvidas sobre a sua constitucionalidade, o primeiro-ministro português viria a justificar essas medidas com base numa noção de justiça social, desta vez, já não entre pensionistas dos setores público e privado, mas entre gerações, no que respeita aos sacrifícios exigidos aos mais novos e aos mais velhos:

“O primeiro-ministro defendeu este domingo que os reformados que recebem pensões mais elevadas devem ser chamados a contribuir mais que os restantes para o esforço colectivo porque estão a receber mais do que descontaram (...)

“Queixam-se de lhes estarmos a pedir um esforço muito grande e dizem que estão apenas a receber o que descontaram” ao longo da sua vida de trabalho”, afirmou o primeiro-ministro, para a seguir contrariar tal teoria. “Não é verdade. Descontaram para ter reformas, mas não aquelas reformas” que hoje recebem, venceu o chefe do Governo. Estão, na verdade, realçou ainda, “a receber mais do que descontaram”. E as suas reformas são pagas por quem está hoje a trabalhar e que, quando chegar a sua vez de ser pensionista, terá reformas mais baixas do que os níveis de hoje. Os contribuintes de hoje terão reformas de acordo com a sua carreira contributiva.”

Por isso, é “justo que aqueles que não descontaram na proporção que estão a receber e que têm pensões muito elevadas” sejam chamados a fazer um “contributo especial” numa altura de “dificuldades” como a actual. Apesar de nunca mencionar o assunto, Passos Coelho dava uma resposta indirecta ao facto de o Presidente da República tencionar enviar para o Tribunal Constitucional, pedindo a fiscalização sucessiva do Orçamento do Estado por causa de normas como a da tributação especial das reformas.” (*Público*, 16.12.2012).

Neste tipo de declarações o primeiro-ministro coloca a responsabilidade da solidariedade social, ou falta dela, do lado dos reformados, no sentido de considerar como justo que abdicuem de parte do valor das suas reformas, para aliviar o fardo de jovens que, também eles, nunca as vão ter nesses valores. É um discurso distinto daquele outro que se referia aos direitos “inegociáveis” dos mais idosos, sendo que, neste caso, o possível contributo dos mais velhos para os mais novos não assenta tanto na “sabedoria da palavra, a fortaleza do exemplo e a profundidade da experiência” própria da Grande Idade, como passa, sobretudo, pelo alívio dos encargos sobre os mais novos.

Num momento em que a UE celebra a solidariedade entre gerações, como condição essencial, intimamente associada ao seu projeto político de implementação do

paradigma do Envelhecimento Ativo, é algo relevante que o primeiro-ministro português tenha avançado com uma contribuição extraordinária de “solidariedade” dos pensionistas. No que se refere ao caso português, a tentativa de resolver a grande ameaça colocada pelo envelhecimento populacional em relação à coesão social e à sustentabilidade económica assenta, portanto, na adoção de medidas políticas que visam garantir uma solidariedade “extra” dos mais velhos em relação aos mais novos: passa-se, assim, da noção de solidariedade de toda a sociedade (representada na figura do Estado) para com os mais idosos, implícita na introdução do Complemento Solidário para Idosos, para uma exigência da solidariedade dos mais idosos para com o resto da sociedade, patente na implementação da Contribuição Extraordinária de Solidariedade.

A mesma linha de argumento tem sido usada noutros países e aponta sempre na mesma direção, da redução dos gastos públicos com a proteção social:

“Nos EUA (mas não exclusivamente lá), o tema da equidade geracional foi usado para atacar a legitimidade das despesas com seguridade social, reconstruindo-as como imposto assegurador de privilégios aos mais velhos, em vez de um programa seguro na velhice” (Simões, 2004: 26-27).

Do que acabou de ser dito, verifica-se o risco de uma instrumentalização política do paradigma do Envelhecimento Ativo, no sentido da redução dos gastos públicos com a saúde e a proteção social, através da sua ênfase na responsabilidade individual. Refiro-me, assim, à 2ª tensão que marca o debate sobre o envelhecimento demográfico (cf. Introdução): o envelhecimento demográfico representa tanto uma conquista civilizacional, associada ao aumento da longevidade, como uma grave ameaça à sustentabilidade económica e à coesão social, considerando os gastos públicos na saúde dos mais idosos, assim como, os desafios colocados à sustentabilidade da segurança social, em função da crescente redução da percentagem de população ativa, face à população aposentada.

Esta tensão encontraria apaziguamento na solução idealizada, que consiste na responsabilização individual dos idosos: por uma participação mais ativa na sociedade, pela adoção de um estilo de vida mais saudável, pela planificação individual da segurança socioeconómica da sua velhice. No entanto, de forma diversa, na elaboração do paradigma do Envelhecimento Ativo pela OMS, esta responsabilidade deveria ser partilhada entre indivíduos e a sociedade, que deveria criar as oportunidades devidas

para uma postura mais ativa dos idosos nas três áreas fundamentais acima referidas, consideradas como pilares fundamentais.

No entanto, apropriado pelos países europeus, o que o paradigma do Envelhecimento Ativo traz de novo é a ênfase na componente individual da responsabilidade, sendo que, até ao momento presente, a parte que compete à sociedade era já assegurada por um forte Estado Social, que constitui o modelo social europeu de referência.

A OMS desenvolveu o paradigma do Envelhecimento Ativo, no sentido da sua possível aplicação internacional a diferentes contextos, nos mais diversos lugares do mundo. O paradigma não é pensado exclusivamente para os países europeus e são inúmeras as suas referências aos “países menos desenvolvidos”. Por exemplo, a OMS assinala a condição particular destes países: ao contrário dos países mais ricos e industrializados, que são também os que apresentam um maior envelhecimento populacional, estes países menos desenvolvidos terão não apenas de lidar com um aumento de importância das doenças crónicas, algo que já acontece nos países mais envelhecidos, mas, também, com inúmeras doenças infecciosas ainda prevalentes – terão, assim, de lidar com um “duplo-fardo” da doença (OMS, 2002).

Tendo em conta a diversidade das realidades políticas, sociais, económicas e culturais, a OMS procurou construir um quadro bastante completo dos mais importantes aspetos a considerar na implementação do Envelhecimento Ativo (cf. Capítulo 1). Esse quadro vai desde a consideração da importância da responsabilidade individual até aos fatores sociais determinantes da saúde. É como se se tratasse de uma cartilha geral, que vai sendo sujeita a apropriações políticas distintas por parte de diferentes países, como os da UE, e de outras organizações internacionais, como a OCDE (voltarei a este ponto, como mais detalhe, no capítulo 8).

Ora, nos países europeus, em contexto de crise económica, particularmente grave nos países do sul da Europa, como é o caso de Portugal, é a ênfase na responsabilidade individual, que é assumida como o objetivo político primordial, pela qual o Estado Social poderá delegar algumas das suas responsabilidades. É algo que torna-se particularmente evidente quando o Parlamento Europeu, decidindo pela celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre

Gerações, refere-se à necessidade de implementação de uma “cultura do envelhecimento ativo”, como forma de responder ao desafio à sustentabilidade económica e social colocado pelo envelhecimento demográfico (cf. Decisão N. o 940/2011/UE Do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de Setembro de 2011). É, portanto, em grande medida, no domínio da “cultura” – das representações sociais coletivas da velhice e dos hábitos de vida - e não apenas da “sociedade” – as oportunidades efetivas para a participação da população idosa, nos três pilares do paradigma, num contexto de grave crise económica e de distribuição desigual de diferentes tipos de capital – que reside a solução política proposta.

Ora, dos três pilares que sustentam o Envelhecimento Ativo, de acordo com a definição da OMS, o da responsabilidade individual ativa sobre saúde parece-me assumir uma importância fundamental na arquitetura do paradigma, tal como é proposto pela UE:

- é a assunção de uma postura ativa e responsável perante a saúde que permitirá à população idosa manter-se autónoma e participar ativamente na sociedade;

- é a adoção de estilos de vida saudáveis que poderá contribuir para a prevenção da doença, minimizando os gastos públicos com a saúde;

- é a continuação no mercado laboral até uma idade mais avançada, permitida apenas pela existência de mais e melhor saúde, diretamente relacionada com a adoção de um estilo de vida saudável, que permitirá aos países europeus reduzirem os seus encargos sociais com as pensões.

Dada a extrema importância do pilar da saúde para a efetiva implementação do paradigma, retomo o argumento enunciado anteriormente, de que a emergência do paradigma do Envelhecimento Ativo está intimamente relacionada com a emergência de uma “Salutocracia”, de ordem mais geral – que passa pela moralização dos estilos de vida, centrada numa ideologia do risco, da prevenção da doença e da promoção da saúde – (cf. capítulo 3). Esta “Salutocracia” corresponde, em parte, a uma “medicalização” da velhice, assente na promoção dos estilos de vida saudáveis, de que o paradigma do Envelhecimento Ativo constitui uma sua expressão evidente. Sendo sustentada pela própria Biomedicina, esta “medicalização” da velhice poderá ser coadjuvada pelo recurso à MTC e a outras MAC, com o seu ênfase na responsabilidade individual

perante a saúde, ainda que a prática clínica dos terapeutas de MTC, como vimos anteriormente, seja continuamente limitada pelos níveis de capital social, cultural e económico dos seus pacientes.

Assim, tal como foi afirmado anteriormente, a regulamentação da MTC, nalguns países europeus, entre os quais Portugal, assim como a sua influência (juntamente com a da emergência de uma “nova saúde pública”) na transformação do modelo biomédico, no sentido de uma maior abertura à importância da promoção da saúde e da prevenção da doença – que implica, necessariamente, a responsabilidade individual – deve ser pensada na confluência de uma série de transformações sociais e culturais mais abrangentes.

A ascensão de Thatcher, no caso britânico, anteriormente discutido, e a sua ideologia de redução das funções sociais do Estado corresponde à transformação mais significativa nesse contexto (cf. capítulo 3). No entanto, não se trata de um fenómeno localizado, específico do caso britânico. Trata-se de um movimento europeu generalizado, no sentido de uma reavaliação das funções do Estado Social, para a criação de um novo modelo, por alguns designado como “Estado Social Ativo” (Cassiers et al, 2005).

O conceito de Estado Social Ativo (ESA) apareceu na linguagem política e dos Media belgas em finais dos anos de 1990. A discussão em torno das reformas do Estado social marca, também, o ambiente académico de vários países norte-europeus nessa mesma década, sendo de destacar a apropriação do conceito de “terceira-via” de Anthony Giddens (1998) por Tony Blair, o antigo primeiro-ministro britânico.

Procurando superar as diferenças entre a esquerda e a direita política, a terceira-via, proclamava uma conciliação entre a salvaguarda de um Estado social que assegurasse algumas funções consideradas essenciais – como o direito à saúde, educação e pensões – ao mesmo tempo que deveriam ser criadas as condições necessárias para uma economia de mercado liberal, apenas com a regulação estatal necessária. Este tipo de ideologia política, procurando ser uma renovação da social democracia, representada pelo antigo primeiro-ministro e presidente da República Mário Soares, entre outros, encontrou expressão na realidade portuguesa contemporânea de Tony Blair na figura de António Guterres (primeiro-ministro dos XIII e XIV

governos constitucionais, entre Outubro de 1995 e Abril de 2002), tal como é descrito na biografia política *António Guterres ? Os Segredos do Poder*, da autoria de Adelino Cunha (Cunha, 2013)

Apesar da intenção de manutenção de um estado social forte, a terceira via dos governantes como Tony Blair, será caracterizada pela ideia de um estado-providência positivo, no sentido em que demarcar-se de uma abordagem assistencialista, exigindo a assunção de responsabilidade ativa individual:

“Não há direitos sem responsabilidade, será o princípio fundamental da terceira via.” (Cassiers et al, 2005: 14)

Tanto na apropriação política do conceito de terceira via, de Tony Blair a António Guterres, como no conceito de Estado Social Ativo, a divergência fundamental relativamente ao conceito de Estado do bem-estar social do pós-segunda-guerra mundial, moldado sob a influência da ideologia social-democrata, é a ênfase na responsabilidade individual, a entrada definitiva do indivíduo na política social (Bonvin, 2005).

Robert Boyer explica de uma forma clara esta transformação (Boyer, 2005). Nos anos de 1960, um contexto económico favorável permitia assegurar coletivamente os riscos económicos, devido ao reconhecimento de uma responsabilidade social relativamente aos trabalhadores desempregados ou em situação precária. Era a época em que as ideias Keynesianas estavam no seu apogeu, em que se defendia que o Estado deveria compensar as falhas do mercado. A política orçamental visava alcançar o pleno emprego, a estabilização económica e a limitação das desigualdades socioeconómicas, através da distribuição baseada numa política fiscal progressiva. No entanto, nos países europeus dos dias de hoje, diz Boyer, estamos perante uma configuração bastante distinta. Os governos baseiam-se na ideia de que o desemprego é uma questão essencialmente relacionada com desajustes microeconómicos:

“Consequentemente, desde o momento em que o sistema de incentivos seja correto, a responsabilidade pela inserção no mercado de trabalho é individual” (Boyer, 2005: 39)

E é na sequência deste quadro de transformações que chegamos à emergência do paradigma do Envelhecimento Ativo. Ele enquadra-se no âmbito das alterações do sistema de pensões, e da passagem de uma política de incentivo à reforma antecipada,

como forma de tentar reduzir o aumento da taxa de desemprego, para uma política que procura adiar a idade de reforma e garantir uma maior participação dos idosos no mercado laboral. Esta transformação é legitimada por um discurso político que aponta para a necessidade de se reformarem os estados sociais, tomada como um dado adquirido e inquestionável, para poder garantir a sua sustentabilidade (Burnay, 2005).

Se o desemprego dos mais idosos for pensado apenas como uma questão de desajuste microeconómico, sendo que a responsabilidade pela participação, que permite a integração, é individual, não estaremos a considerar a importância dos fatores sociais determinantes da saúde que, como tenho vindo a argumentar, condicionam as possibilidades de engajamento ativo com a vida. E a realidade portuguesa assolada pela crise sendo, efetivamente, um contexto de aumento das desigualdades económicas e sociais, exige uma consideração cuidada da importância dos fatores sociais determinantes da saúde.

As conclusões do Instituto Nacional de Estatística (INE), a partir dos dados reunidos pelo “Inquérito às Condições de Vida e Rendimento”, realizado em 2013 sobre rendimentos do ano anterior, são claras a respeito do aumento das desigualdades económicas em Portugal (INE, 2014):

- “18,7% das pessoas estavam em risco de pobreza em 2012, mais 0,8 p.p. do que em 2011 (17,9%)”;

- a “assimetria na distribuição dos rendimentos entre os grupos da população com maiores e menores recursos manteve a tendência de crescimento verificada nos últimos anos”;

- “De acordo com o inquérito realizado em 2013, a proporção da população em risco de pobreza ou exclusão social – pessoas em risco de pobreza ou vivendo em agregados com intensidade laboral per capita muito reduzida ou em situação de privação material severa – era de 27,4%, constataando-se um aumento de mais de 2 p.p. face ao valor de 25,3% no ano anterior”;

- a “taxa de intensidade da pobreza, que mede em termos percentuais a insuficiência de recursos da população em risco de pobreza, foi de 27,3% em 2012, registando-se um agravamento de 3,3 p.p. face ao défice de recursos registado em 2011 (24,1%)”

Também, num estudo de 2012, coordenado por Roberto Carneiro, intitulado “O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade”, com o intuito de ser um contributo para o Parecer, de iniciativa do Conselho Económico e Social,

relativo às “Consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do aumento da população idosa”, é dado um especial enfoque à análise dos dados do INE no que respeita ao risco de pobreza da população idosa em Portugal:

“Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos, registando as taxas mais elevadas no que respeita a incidência, severidade e intensidade da falta de recursos (...)

Recorde-se que a taxa de risco de pobreza corresponde à população com rendimento anual inferior a 5 207 Euros ou seja 434 Euros/mês (...)

Ao analisar-se as despesas anuais de acordo com o rendimento médio das famílias e composição respetiva, observam-se que as despesas dos agregados familiares constituídos por 1 adulto com mais de 65 anos estão estimadas em 9 379 Euros, ou seja, 781 Euros mensais. Recorde-se que só 12 a 15% dos pensionistas de velhice da Segurança Social terão pensões que permitam cobrir as despesas mensais.” (Carneiro et al., 2012: 74-77)

Além da importância de se considerarem os impactos na saúde da população idosa e comportamentos associados, decorrentes de um aumento das desigualdades económicas, assim como, de uma detenção desigual de diferentes tipos de capital, devemos, também, questionar a apologia da atividade, que subjaz a emergência do próprio paradigma do Envelhecimento Ativo e do Estado Social Ativo. De facto, o conceito de atividade está no cerne da equação:

“A marca essencial do Estado social ativo encontra-se em elementos fundamentais, tais como a ativação, a responsabilização, a individualização e a contratualização. Se as modificações efetivas não parecem extraordinárias por comparação ao passado, é, acima de tudo, o enquadramento ideológico que é renovado, de acordo com uma perspetiva completamente diferente da que prevalecia anteriormente: a sociedade não tem mais a responsabilidade coletiva pela exclusão social, mas o dever, juntamente com o indivíduo, da integração, essencialmente, pela via de uma atividade” (Cassiers, 2005:24)

Farei a crítica antropológica desta apologia da atividade no capítulo seguinte.

Capítulo VIII

“No sossego da doença”: crítica antropológica ao Envelhecimento Ativo

Neste capítulo começarei por apresentar alguns dos marcos principais do já longo, ainda que algo intermitente, encontro da Antropologia com a temática do Envelhecimento.

Em muitas das suas obras mais relevantes, a análise antropológica sobre a questão do envelhecimento distingue-se, sobretudo, pelo seu enfoque na variação cultural do significado da velhice e do papel social atribuído aos mais idosos. A questão do papel social dos mais idosos era, assim, pensado, principalmente, a partir dos constrangimentos da cultura – as exigências, possibilidades e limites do comportamento individual sob os ditames culturais – ou, em função da estrutura social, acompanhando, neste ponto, algumas obras sociológicas de referência – onde o comportamento individual dos idosos ocorre dentro das oportunidades e dos limites sociais que lhe são colocados.

Entre a cultura e a sociedade, verifica-se, na reflexão promovida por grande parte dessas obras, uma preocupação com o estatuto social dos mais idosos. Nalguns casos, os idosos são pensados como um grupo segregado e negativamente discriminado, por exemplo, como resultado do próprio processo de modernização que instaura a hegemonia do novo, que é permanentemente atualizado (Cowgill et al., 1972)⁶⁶. Deste constrangimento social – o da dificuldade dos mais velhos na aquisição das mais

⁶⁶ Este tipo de teoria mereceu críticas por parte dos historiadores (Achenbaum, 1978; Stearns, 1977), pela existência de evidências que contrariam a existência deste passado pré-industrial, que é aqui apresentado de uma forma acrítica e romântica como alguma espécie de paraíso perdido. Por outro lado, existem outros estudos etnográficos que contrariam esta visão: tanto na ideia de que o tratamento dos idosos seja o melhor em sociedades não industrializadas (Barker, 1990); como, também, apontando para o facto de que, em alguns casos, pode até verificar-se um aumento do estatuto dos idosos, decorrente dos processos de modernização das sociedades (Olson, 1990).

Outra crítica a esta teoria da modernização são as evidências que apontam para o facto de que o estatuto dos mais velhos piora nas primeiras fases da industrialização mas que, posteriormente, tem tendência a melhorar (Palmore et al, 1974). Por último, nesta teoria verifica-se uma falta de consideração pelas diferenças internas a cada sociedade, em função da classe social, género e grupos étnicos (Harris, 2007).

modernas competências profissionais - à cultura “idadista” que o reforça (cf. Butler, 1969), a partir da qual, os mais velhos são representados e tratados como dependentes e incapazes, tratou-se de um passo curto, a partir do qual resulta a ideia da inutilidade no investimento de recursos na capacitação profissional dos idosos, e como consequência, as reformas compulsivas e antecipadas.

Mas, eis que passamos para a emergência de um novo modelo, que alguns já designam de Estado Social Ativo (Cassiers et al, 2005), conforme analisado no capítulo anterior, segundo o qual atribui-se aos mais idosos o direito à sua reforma, ao mesmo tempo que exige-se a sua participação ativa num possível adiamento da sua efetivação. Entra, assim, definitivamente, na cena política, a ideia da responsabilidade individual no processo de envelhecimento.

Na verdade, ela estava já bem presente em algumas obras antropológicas que lhe antecedem. Ainda que muitas dessas obras, como disse anteriormente, destacassem a importância dos constrangimentos culturais ou sociais, observando as suas consequências na vivência individual da velhice, a Antropologia - com o seu enfoque geralmente microscópico, incidindo sobre as vidas particulares de certos indivíduos ou comunidades - candidatava-se, desde muito cedo, a ser uma verdadeira percursora dos estudos gerontológicos a respeito do que viria a ser designado por “envelhecimento bem-sucedido”, dificilmente destrinchável do conceito de “envelhecimento-ativo”. Ou seja, procurando resgatar o indivíduo dos ditames da cultura e da sociedade, colocando uma ênfase particular na análise da agência dos sujeitos, recolhendo todas as evidências empíricas que a pudessem definir como um locus essencial da definição das experiências individuais do processo de envelhecimento e da velhice, a Antropologia, providenciou, através de algumas das suas obras, a sustentação empírica para o argumento teórico que começara a elaborar, e que seria levado bem mais longe nas suas consequências por alguns autores da área da Gerontologia (Rowe et al., 1987): o de que a vivência individual da velhice, mais ou menos saudável, é, sobretudo, uma questão de assunção de responsabilidade individual perante a saúde, ao longo de todo o processo de envelhecimento.

Ainda assim, paradoxalmente, julgo que é na Antropologia, estabelecendo pontes de diálogo com outras ciências sociais e com a própria Gerontologia, que

podemos basear uma crítica fundamental ao paradigma do Envelhecimento Ativo. Uma crítica de enorme relevância, porque atinge o seu núcleo essencial: a crítica à ideia de que atividade seja inequivocamente a solução para o problema do envelhecimento. Quer ao nível individual – e das agruras associadas às perdas associadas à vivência subjetiva da velhice – quer ao nível social – como possível solução para o problema da sustentabilidade económica e social, associado ao envelhecimento demográfico. Ou seja, trata-se de fazer uma crítica de fundo à promoção de uma “cultura do envelhecimento ativo”, tal como foi enunciada pelo Parlamento Europeu, como uma proposta que visa garantir uma vivência individual positiva da velhice, ao mesmo tempo que uma solução política e social para o problema do envelhecimento demográfico.

Antropologia do Envelhecimento: o indivíduo, a cultura e o papel social

Apesar da atenção concedida pela Antropologia à questão da idade na detenção e exercício do poder político nas sociedades não industrializadas por parte dos homens mais velhos, a questão do envelhecimento, poucas vezes, foi tornada tema central de investigação. Segundo Jay Sokolovsky (Sokolovsky, 1990), para uma história do encontro da Antropologia com o tema do envelhecimento, é importante destacar, pelo seu carácter excecional, o livro seminal de Leo Simmons, *The role of the Aged in Primitive Society*, de 1945 (Simmons, 1945). Da maior importância para esta investigação é notar como, desde o seu início, a discussão antropológica em torno da relevância da atribuição de um papel socialmente definido e valorizado aos idosos destacava a importância dos idosos permanecerem ativos: Leo Simmons concluiria que a longevidade, juntamente com a capacidade de permanecer ativo no dia-a-dia, são aspirações universais.

A importância do permanecer ativo era, assim, problematizada ainda na primeira metade do século XX, muito antes do desenvolvimento do conceito de “envelhecimento ativo”, proposto pela OMS, e do debate em torno das políticas públicas para fazer face ao problema do envelhecimento demográfico.

Neste sentido, também, os artigos de Gregory Bateson, “Cultural Ideas about Aging”, de 1950, e da autoria de Margaret Mead, “Cultural contexts of Aging”, de 1951, e “Ethnological Aspects of Aging”, de 1967, concentrados na variação cultural

das representações sociais do envelhecimento, constituem obras pioneiras. Para Jay Sokolovsky, escrevendo no início dos anos 90 e procurando rever as principais obras da antropologia a respeito do envelhecimento, o paradigma central da análise antropológica estaria estruturado em torno de dois eixos. Num eixo *emic*, o antropólogo procura fazer a análise das representações sociais da velhice em determinado contexto cultural, juntamente com a observação das práticas quotidianas dos idosos, na sua interação com outros sujeitos da comunidade. Numa perspetiva *etic*, o outro eixo estruturante do paradigma antropológico, predomina o trabalho comparativo, com o intuito de distinguir o que é universal daquilo que é particular em cada sociedade. Na sequência do já referido trabalho de Leo Simmons, o primeiro a utilizar uma abordagem “cross-cultural” (ou “holocultural method”) para o estudo do envelhecimento, outros tantos trabalhos antropológicos foram realizados a partir deste tipo de análise comparativa, recorrendo aos dados do grande atlas humano, “Human Relations Area Files”, desenvolvido por George Murdock, nos anos 60 (Murdock, 1967).

Foram já publicadas várias obras e artigos de revisão teórica das publicações antropológicas sobre o tema do envelhecimento (Amoss et. al. (ed.), 1981; Climo, 1992; Fry (ed.), 1980; Keith, 1980; Keith et al. 1994; Kertzer et al. (eds.), 1984; Myerhoff, 1992; Myerhoff et al.(eds.),1978). Apesar de variadas, todas estas publicações são concordantes em constatar o encontro algo tímido da antropologia com este tema.

No entanto, o antropólogo Lawrence Cohen tem uma opinião diferente, apresentando uma perspetiva crítica do que tem sido o desenvolvimento da subdisciplina que prefere designar de “geroantropologia” (Cohen, 1994). Para Cohen, o passado do pensamento antropológico sobre o tema da velhice é bem mais antigo do que a já referida obra de Leo Simmons e remonta até Frazer, com o seu conhecido livro *The golden Bough* (Frazer, 1935), na reflexão que este autor promove sobre a crise simbólica que representa a decadência e a morte dos mais velhos (crise organizada em torno da figura do rei ou do deus, que é perseguido, morto e regenerado) enquanto representantes da hegemonia e da continuidade do corpo social.

Em seguida, esta genealogia passaria por outros autores fundamentais da antropologia, como Radcliffe-Brown (Radcliffe-Brown, 1929), Meyer Fortes (Fortes, 1984) e Jack Goody (Goody, 1962).

Após esta breve contextualização histórica do pensamento antropológico a respeito do envelhecimento, passo agora à tentativa de levantamento dos textos que melhor possam contribuir para uma abordagem especificamente antropológica de questões fundamentais que se relacionem com o tema central desta dissertação: o Envelhecimento Ativo.

Analizando o passado da análise antropológica a respeito da temática do envelhecimento, observa-se uma recorrência da reflexão crítica em torno da variação cultural da valoração da velhice, intimamente relacionada com a atribuição de um papel social, mais ou menos positivo, aos idosos, e dos seus impactos na vivência subjetiva do envelhecimento. A análise destas obras permite-nos enquadrar a obra de M. Lock anteriormente apresentada (cf. Capítulo 6) - em que as diferenças na forma subjetiva como a menopausa é vivida no Japão comparativamente aos EUA eram explicadas de acordo com uma variação cultural da forma como é perspectivada a velhice e o papel do sujeito idoso - numa certa genealogia.

No que respeita ao caso americano, importa assinalar a continuidade entre os resultados encontrados pela investigação Clark e Anderson em finais dos anos sessenta, quase 30 anos antes de M. Lock.

Para Clark e Anderson o processo de envelhecimento era tanto um processo biológico como um processo social (Clark et al., 1967). Mas, procurando diferenciar-se das obras sociológicas suas contemporâneas, acrescentam que, para a capacidade de adaptação individual ao processo de envelhecimento, é de especial importância a auto-perceção (a apreciação subjetiva do próprio “self”), ainda que esta seja, em grande medida, moldada pelas normas e valores culturais, e pelas expectativas sociais. Grande parte dos problemas com que se defrontam os idosos na sociedade americana, resultaria da falta de normas sociais para regular os comportamentos destes idosos - ou seja, a ausência de um papel social definido para estes verdadeiros “pioneiros”, quando considerada a emergência de uma nova realidade demográfica, marcada por uma maior longevidade - ao contrário de outras sociedades e culturas, que guardam para os idosos o papel da transmissão de valores e saberes tradicionais.

Como se pode constatar, estas ideias apontam no mesmo sentido do que anteriormente foi dito sobre a “incorporação” (nas palavras de Barbara, cf. Capítulo 6)

das normas e valores culturais, para a definição dos comportamentos de saúde dos pacientes idosos de MTC. Tal como Clark e Anderson, também Barbara, a terapeuta californiana de quem falei anteriormente, destacava a importância da “auto-percepção” (moldada pelas representações sociais, e que Barbara procura modificar através da sua abordagem próxima da “Narrative Medicine”) para a forma mais ou menos positiva como se vive o processo de envelhecimento.

Mas Clark e Anderson vão para além daquilo que pudemos apreender das palavras de Barbara e completam-nas, identificando os fatores mais determinantes desta desregulação social da etapa final da vida. Esses fatores fundamentais seriam:

- o enfraquecimento dos laços de parentesco; a rapidez das transformações industriais e tecnológicas, tornando as competências das pessoas idosas desadequadas; um aumento rápido e acentuado do número de pessoas idosas; uma extrema valorização da produtividade, com o valor cultural do trabalho assumindo uma importância primordial.

Para além disso, as autoras identificavam sete temas principais associados ao processo de envelhecimento, a partir da análise das respostas dos idosos à questão:

“Na sua opinião, quais os problemas dominantes que as pessoas enfrentam à medida que envelhecem?”

Os sete temas principais identificados foram:

1. Uma mudança na aparência física; 2. Uma reforma parcial ou total das atividades produtivas; 3. Baixos níveis de energia; 4. Maior risco de problemas de saúde; 5. Maior probabilidade de necessitar da ajuda de alguém; 6. Mudanças na função cognitiva e intelectual; 7. Maior incerteza no que respeita à duração da vida.

Segundo estas autoras, todos estes problemas são decalcados da sua antítese normativa, os valores da juventude, evidenciando, claramente, a falta de valores culturais e expectativas sociais adequadas à velhice:

“(…) por trás de cada uma destas áreas de potencial stress encontra-se a sua antítese, os valores da maioria dominante, os objetivos dos que são jovens, produtivos, enérgicos, saudáveis, independentes, de raciocínio rápido, e com a expectativa de um longo futuro” (Clark et al., 1967: 61)

Perante estes problemas, decorrentes da ausência de um papel definido para a população idosa, que seja acompanhado de expectativas sociais adequadas à velhice, os sujeitos encontram-se perante o que as autoras designam de uma série de tarefas

adaptativas (“adaptive tasks”). Estas “tarefas adaptativas” corresponderiam à resposta correta dos sujeitos que os sujeitos poderiam ter perante as expectativas culturais dominantes, de forma a preservarem uma autoimagem positiva, assim como, de forma a serem considerados de uma forma positiva pelos outros:

“Como é que eu posso envelhecer mantendo a minha funcionalidade, avaliando-me, e percebendo que os outros me avaliam, como um “bom” americano? Visto de outra forma, trata-se de um conjunto de “exigências” culturais colocadas sobre os americanos idosos contemporâneos” (Clark et al., 1967: 393).

A primeira “tarefa adaptativa” relaciona-se com a forma de perceber o processo de envelhecimento, traduzindo-se na necessidade de aceitação das mudanças ao nível das capacidades físicas e mentais, com o reconhecimento de certas limitações, admitindo que certas atividades já não podem ser desenvolvidas com o mesmo sucesso que eram no passado. A segunda tarefa adaptativa consistiria na redefinição da vivência do espaço físico e social, assente numa redução, de forma a manter um nível de controlo ótimo desse mesmo espaço físico e social. A terceira adaptação consistiria no abandono de atividades, interesses e relações que o sujeito já não consegue desempenhar com sucesso e sua substituição por outras a que se consiga dedicar e lhe permitam satisfação. A quarta tarefa adaptativa consistiria numa necessária reavaliação dos critérios de autoavaliação, pois não faria sentido que as pessoas idosas e a sociedade em geral continuassem a atribuir valor aos indivíduos na velhice de acordo com o seu desempenho de atividades produtivas. A quinta tarefa adaptativa diria respeito à necessidade do indivíduo proceder, não só a uma reavaliação do “self”, mas também ao estabelecimento de novos objetivos de vida que confirmem significado à sua vida, objetivos esses que necessitam de ser aceites e sancionados positivamente pela sociedade em geral.

Aparentemente, de acordo com a perspetiva de Barbara, a terapeuta de MTC Californiana anteriormente descrita, pouco se avançou em matéria de alteração das representações sociais do envelhecimento para algo mais positivo, menos decalcado do modelo da juventude, e mais adequado à velhice, de forma a facilitar as “tarefas adaptativas” dos sujeitos, de que falava M. Clark, rumo a um processo de envelhecimento vivido de uma forma mais positiva.

Ora, o que M. Lock vem acrescentar relativamente a este quadro traçado por M. Clark é o impacto negativo da Biomedicina na vivência subjetiva da velhice, através da sua “medicalização”, que conduz a uma concentração excessiva das mulheres americanas nos sintomas da menopausa (Lock, 2003), dificultando o seu bom desempenho nas “tarefas adaptativas”, próprias do processo de envelhecimento (cf. Capítulo 6).

Se já na obra seminal de Leo Simmons era destacada a capacidade de permanecer ativo com uma aspiração universal dos mais idosos, sendo que é nessa atividade que descobrem o seu papel social, essencial para uma vivência subjetiva positiva da velhice, as subseqüentes obras de M. Clark e de M. Lock vêm sustentar o seu pressuposto de base de que a vivência subjetiva da velhice será mais ou menos positiva consoante o papel social que é atribuído aos idosos. A atribuição deste papel social resulta, em grande medida, das ideias culturais em torno do envelhecimento: em M. Clark estas ideias são decalcadas do modelo apreciado da juventude e, por isso, colocam uma elevada exigência no que respeita ao papel social a desempenhar pelos mais idosos; em M. Lock, a velhice é entendida como doença, fruto de um processo de “medicalização”, e de uma aparente ausência de papel social das mulheres americanas, que determina a sua concentração excessiva nos sintomas físicos da menopausa, ao mesmo tempo que as mulheres japonesas vivem o processo de menopausa absorvidas pelas transformações recentes em torno do seu papel social, sobretudo familiar, sem disponibilidade para prestarem grande atenção aos sintomas físicos.

Se aqui dedico uma especial atenção à obra de Clark e Anderson é porque ela representa uma elaboração antropológica pioneira, que antecede o conceito gerontológico de “envelhecimento bem-sucedido”, ainda que sem o elaborar desta forma. Identificando os vários fatores sociais que determinam a desregulação desta etapa da vida – uma desregulação resultante da ausência de um papel social definido para os mais idosos – assim como, delimitando as “exigências culturais” que recaem sobre os mais idosos – todas elas derivas de um modelo idealizado para a juventude – as autoras colocam, ainda assim, no domínio da responsabilidade individual, através do desempenho de certas “tarefas adaptativas”, a possibilidade de uma vivência positiva da velhice. Mais ainda, é a partir do sucesso no desempenho destas “tarefas adaptativas” que o idoso pode, não apenas conseguir uma avaliação subjetiva positiva do seu papel

na sociedade, como, inclusive, possivelmente, conseguir um reconhecimento positivo da sociedade em geral, tal como ficava expresso na pergunta de investigação colocada pelas autoras.

Desta forma, ainda que as autoras reconheçam a necessidade da sociedade alterar os critérios gerais de avaliação do desempenho dos idosos, em última análise, cabe aos próprios indivíduos, através do desempenho das “tarefas adaptativas”, conseguir um reconhecimento social positivo. A última “tarefa adaptativa” - segundo a qual o indivíduo deveria proceder, não só a uma reavaliação do “self”, mas também ao estabelecimento de novos objetivos de vida que confirmem significado à sua vida, objetivos esses que necessitam de ser aceites e sancionados positivamente pela sociedade em geral – parece corresponder à proposta dos que advogam o paradigma do Envelhecimento Ativo como solução possível para o problema do “idadismo” (cf. Capítulo 6).

A forma como a obra de Clark e Anderson antecipa alguns dos postulados propostos pela investigação em torno do “envelhecimento bem-sucedido” torna-se bem clara quando observamos os seus evidentes paralelismos com a posterior obra de Paul Baltes, investigador do prestigiado Max Planck Institute for Human Development and Education, de Berlim. Paul Baltes, 30 anos depois de publicada a obra de Clark e Anderson, desenvolve a teoria da “otimização seletiva com compensação” (Baltes et al., 1990). Nesta perspetiva teórica, o envelhecimento bem-sucedido é entendido como um processo de adaptação que dura toda a vida, assente numa “otimização seletiva com compensação” (“selective optimization with compensation (SOC)”), assente em três processos essenciais.

O primeiro é a seleção: à medida que, com a idade, aumentam as restrições impostas pelas limitações físicas e cognitivas, os sujeitos irão selecionar ou especializar-se e concentrar os seus esforços nas áreas prioritárias (o que não exclui a possibilidade do indivíduo definir novas prioridades ou objetivos na sua vida).

Em segundo lugar, vem a otimização: os sujeitos envolvem-se continuamente em comportamentos que aumentam o seu desempenho físico e mental, permitindo-lhes tirar o máximo proveito da sua vida.

Em terceiro lugar, um processo de compensação: os sujeitos procuram compensar as suas limitações através da utilização de estratégias psicológicas (por exemplo, a utilização de auxiliares de memória) e de estratégias tecnológicas (por exemplo, a utilização de um aparelho auditivo).

Constituindo-se enquanto teoria da adaptação dos sujeitos ao longo da sua vida, o modelo do “SOC” aponta para uma interação constante e dinâmica entre os seus três processos essenciais (a seleção, a otimização, e a compensação), de forma que a pessoa possa sofrer uma redução nas suas capacidades em geral e em funções específicas, mas, ainda assim, transformar a sua vida de uma forma efetiva e bem-sucedida, atingindo resultados positivos e evitando resultados negativos. Assim, um dos pontos fortes da teoria de P. Baltes, ao contrário de outras teorias da área da Gerontologia, é a possibilidade de uma pessoa ter uma ou mais doenças crónicas e mesmo assim poder considerar-se que está a “envelhecer com sucesso”⁶⁷.

Os processos descritos por P. Baltes - de seleção, otimização e compensação – descrevem mecanismos psicológicos mediante os quais os indivíduos podem alcançar um envelhecimento bem-sucedido. As várias tarefas “adaptativas” de Clark e Anderson, ainda que definidas num sentido diferente, com o intuito de delimitar os principais desafios colocados ao indivíduo, não apenas pelo processo de envelhecimento por si só, mas pelas “exigências culturais” colocadas sobre os mais idosos, parecem exigir a ativação de mecanismos psicológicos semelhantes: as tarefas passam pela aceitação de limitações decorrentes da idade, impeditivas de desempenhar certas tarefas; uma redução do espaço físico e social, de forma a manter um controlo ótimo; substituição de relações e de atividades nas quais o indivíduo sente limitações por outras a que se consiga dedicar e lhe permitam satisfação; redefinição dos critérios de autoavaliação do sucesso, por parâmetros que não os do desempenho em tarefas produtivas;

⁶⁷ A teoria de Rowe e Khan com a sua divisão entre “successful aging” e “usual aging” apontava a ausência de sintomas de doença (que a própria teoria reconhecia como usuais no processo de envelhecimento) como a marca distintiva do sucesso de uma pequena parte da população idosa (Rowe et al., 1987).

estabelecimento de novos objetivos de vida, socialmente valorizados, que confirmem significado à vida do sujeito.

Existem, também, outras linhas teóricas, desenvolvidas em sentido semelhante, com uma ênfase fundamental na psicologia individual, que são as teorias que se concentram em torno do desenvolvimento pessoal ao longo de todo o curso de vida. Um bom exemplo seria o de Ryff (1982), que propõe um modelo integrado de envelhecimento bem-sucedido baseado em várias dimensões relacionadas com uma funcionalidade positiva: autoaceitação, relações positivas com outros, autonomia, a capacidade de lidar com situações complexas de acordo com as suas necessidades e valores, um propósito na vida.

Outro exemplo seria a perspectiva de desenvolvimento de Erikson (1984), tendo em conta as várias etapas da vida: no seu modelo teórico considera a velhice como um estágio da vida apropriado para um balanço geral, em que a tranquilidade psicológica e a integridade do ego são os critérios de sucesso, um tempo de olhar para o passado com uma perspectiva positiva e de aceitação. A perspectiva de Erikson vem, assim, medir o sucesso na velhice de uma forma bem distinta daquela que se centra, predominante, na defesa da atividade como critério de avaliação fundamental.

Ainda que não tenha encontrado nenhuma referência direta à obra de Clark e Anderson entre as citações dos ulteriores investigadores do “envelhecimento bem-sucedido”, a obra da antropóloga Sharon Kaufman (1986) é diretamente citada por Rowe e Khan, no seu artigo fundador desta linha de investigação (cf. Capítulo 1).

Por sua vez, Sharon Kaufman (1986) refere ter sido diretamente influenciada pelo trabalho anteriormente apresentado de M. Clark. Se é certo que é baseando-se em Kaufman, que Rowe e Khan (1987) vêm defender que as pessoas idosas não se consideram como velhas, nem desta forma são consideradas pelas suas famílias, desde que mantenham ativas e produtivas de alguma forma significativa, também é certo que esta preposição corresponde a uma simplificação excessiva dos argumentos de Sharon Kaufman. Por um lado, a investigação desta antropóloga sustenta o facto de que a apreciação subjetiva das pessoas idosas em relação a si mesmas é, geralmente, mais positiva do que o resultado da avaliação através de medidas objetivas:

“Em comparação com a análise dos dados quantitativos, os dados qualitativos recolhidos a partir da análise de entrevistas, sugerem que os idosos entrevistados mais provavelmente (a) referem-se a eles mesmos como envelhecendo de forma mais bem-sucedida, do que aquilo que poderia ser deduzido a partir da percentagem obtida nos critérios de avaliação definidos pelo investigador (b) descrevem o envelhecimento bem-sucedido em termos de bem-estar e assumem comportamentos adaptativos para o manter.” (Kaufman, 1986: 151)

Por outro lado, no entanto, o trabalho antropológico de Sharon Kaufman complexifica esta questão da relação entre a vivência do processo de envelhecimento e o facto de se permanecer ativo de uma forma bem mais profunda do que aquilo que aparece retratado em Rowe e Khan. Efetivamente, Kaufman argumenta que os seus entrevistados não se julgam a si mesmos como sendo velhos. No entanto, a relação entre manter-se ativo e a continuidade do “self” na velhice com os anos anteriores, foco central da tese de Kaufman, é bastante mais complexa do que uma relação causal, sendo mediada, tal como em Clark e Anderson, por fatores de ordem cultural que originam expectativas pessoais e sociais no que se refere ao processo de envelhecimento.

A autora analisa um conjunto de valores que, não constituindo uma lista exaustiva, são dominantes na sociedade americana e no discurso dos seus informantes: a orientação para o progresso, com a extrema valorização da independência e autonomia; o individualismo e a capacidade de permanecer independente na velhice como fator crucial para o bem-estar emocional de todos os participantes no estudo, após toda uma vida assente na expressão da sua identidade individual através de uma atividade com uma finalidade (desta forma, a independência continua a servir como indicador de valor social do sujeito na velhice, constituindo-se como elemento essencial da sua identidade).

No entanto, Kaufman escreve, precisamente, contra as teorias que propõem uma visão da identidade como algo cumulativo, como se o curso de vida individual seguisse uma trajetória curvilínea: um crescendo para chegar ao pico de alguma coisa (sucesso profissional, estatuto social, autoestima, etc.); seguido de um processo de decadência, na velhice:

“O conceito de “self” foi definido, muitas vezes, a partir deste paradigma, em que o indivíduo que envelhece é perspectivado num luta constante para manter uma autoimagem positiva – ou, então, como tendo sucumbido à doença mental ou ao descontentamento – em função das perdas de saúde, de estatuto social, segurança económica, poder e mobilidade (Kaufman, 1986: 151)”

De forma diversa, para Kaufman, o processo de envelhecimento seria marcado por uma contínua criação do “self”, através de uma reinterpretação constante das experiências passadas, moldada por fatores estruturais e um contexto atual. Neste sentido, a autora conclui que o que confere um sentido à vida não é exatamente o conteúdo das atividades desempenhadas, mas a possibilidade do sujeito desempenhar aquilo que escolheu fazer. E é, assim, que critica o trabalho da gerontologia social, por analisar a continuidade apenas no que se refere à atividade social, e não analisar o significado da continuidade na vida individual, nem o papel dos valores culturais, normas e expectativas sociais na manutenção dessa mesma continuidade. Como se a continuidade da atividade social fosse por si mesma, de forma essencial e exterior aos indivíduos, o garante do bem-estar na velhice. Pelo contrário, para Kaufman, se a continuidade com a atividade social é perseguida é porque entra em consonância com valores culturais dominantes que enformaram a constituição do “self” ao longo de uma vida. Aliás, a autora chega mesmo a questionar a importância da medição objetiva dos níveis de bem-estar ou de felicidade na velhice, como indicador de sucesso no envelhecimento: na sua opinião, reflete um etnocentrismo norte-americano que supõe que a felicidade é aquilo que o sujeito mais procura na velhice.

Para Kaufman, uma adaptação bem-sucedida ao processo de envelhecimento acontece sempre que o sujeito consegue a tão procurada continuidade do “self”, articulando o significado das experiências presentes com o de experiências passadas:

“(...) a adaptação com sucesso ocorre sempre que os indivíduos conseguem conectar simbolicamente as suas experiências passadas mais significativas com as circunstâncias atuais” (Kaufman, 1986: 162).

A crítica de Sharon Kaufman à ideia de atividade como garante essencial de uma vivência subjetiva positiva da velhice, encontra eco em muitas outras investigações posteriores que apontam para a quase ausência das vozes dos próprios idosos na definição do que é essencial para um envelhecimento bem-sucedido, que pode não corresponder a permanecer ativo. Pois, tal como já apontara Kaufman a partir da sua investigação, é bem recorrente o desacordo entre a avaliação subjetiva do seu bem-estar e em termos do sucesso no processo de envelhecimento consoante se tratem de estudos baseados na medição de indicadores objetivos ou de estudos que procuram medir uma autoavaliação de tipo subjetivo, sendo, geralmente, bastante menos positivos os

resultados conseguidos pela população idosa quando avaliada de uma forma objetiva do que quando procede à sua própria avaliação subjetiva (Fisher, 1995; Strawbridge et al., 1996). Neste sentido, Strawbridge, Wallhagen, e Cohen (2002) propõem que a investigação do “envelhecimento bem-sucedido” se dedique mais ao estudo da sua dimensão subjetiva, ao invés do enfoque mais recorrente que assenta na medição de indicadores objetivos.⁶⁸

Os antropólogos, juntamente com investigadores de outras áreas, têm-no feito, concentrando-se, sobretudo, na análise da avaliação subjetiva do envelhecimento bem-sucedido, em função de uma variação cultural. Ou seja, sendo fieis ao postulado de base na obra de M. Clark e Anderson, retomado por Sharon Kaufman e, mais tarde, por M. Lock, de que a cultura pode mediar a autoavaliação e o comportamento dos sujeitos. Assim, foram feitos alguns estudos para tentar compreender o que significa envelhecer com sucesso em diferentes culturas (Torres, 2006; Tate et al. 2003; Ikels et al., 1995; Keith et al., 1994; Keith et al. 1990).

Num desses estudos, tal como acontecia em M. Lock, a Biomedicina é visada como uma instituição difusora de uma perspetiva hegemónica a respeito do que significa envelhecer com sucesso, que não teria correspondência na heterogeneidade contextual, marcada pela variação cultural. Jordan P. Lewis (2011), desenvolvendo um trabalho sobre o que significa envelhecer com sucesso para a população idosa nativa do Alaska, encontra uma definição bem diferente do que afirma ser predominante da gerontologia, influenciada pelo modelo biomédico:

“Foi descoberto no presente estudo que os grupos culturais, pertencentes aos nativos do Alaska na Baía de Bristol (“Aleuts, Athabascans, e Yup’ik Eskimos”) têm uma perspetiva holista a respeito da saúde e do bem-estar, que difere da abordagem biomédica, no sentido em que envolve a saúde e o bem-estar individual, das suas famílias e das suas comunidades. Muita da literatura a respeito do

⁶⁸ De facto, as investigações que têm contrastado os resultados da avaliação do “envelhecimento bem-sucedido”, baseada na medição de indicadores objetivos, com os resultados da avaliação subjetiva realizada pela própria população idosa têm apontado para o facto de que, embora a maioria dos adultos se veja a si mesmo como a “envelhecer com sucesso”, poucos se enquadram nos critérios objetivos. Para tentar resolver esta questão, alguns autores procuraram uma avaliação de “envelhecimento bem-sucedido” com base numa análise de indicadores objetivos combinada com uma análise da avaliação subjetiva feita pelos idosos, propondo um modelo multidimensional que pode ajudar a compreender melhor a complexidade da questão, permitindo identificar os múltiplos fatores associados: a possibilidade de, num mesmo estudo, encontrar-se um grupo identificado como de sucesso, de acordo com os dois critérios, objetivos e subjetivos; ou de acordo com apenas um mas não o outro critério (Pruchno et al. 2010).

envelhecimento bem-sucedido apresenta uma teoria elaborada a partir de uma perspectiva ocidental (...) que não inclui as perspectivas dos idosos indígenas na sua recolha de dados” (Lewis, 2011).

Envelhecimento Ativo e recurso à MTC: entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde

“Entre o céu e a terra
existe um espaço semelhante a um fole:
vazio, contudo inesgotável,
que quanto mais usado mais produz.
Não percas o centro.
O homem foi feito para se sentar sossegadamente
E encontrar a verdade interior” (Tzu, 2009: versículo5, 21)

O conceito de Envelhecimento Ativo assumiu relevância no discurso político a respeito do problema do envelhecimento demográfico, no espaço da União Europeia, o que se traduziu na celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, em 2012.

Esse evento constitui uma evidência expressiva de um processo de promoção política de um conceito originado a partir de diferentes instituições internacionais, que não apenas a OMS: sobretudo a OCDE e a própria UE.

No entanto, à medida que proliferam as diferentes publicações oficiais destas instituições, torna-se evidente que não há um consenso claro entre o que se entende por Envelhecimento Ativo, encontrando-se, na verdade, diferentes aceções, com diversas implicações políticas. Logo à partida, verifica-se, como disse anteriormente (cf. Capítulo1), que não existe uma diferenciação clara entre os conceitos de “envelhecimento ativo” e outros conceitos similares, como os de “envelhecimento bem-sucedido”, “envelhecimento saudável” ou “envelhecimento produtivo”.

O médico gerontologista brasileiro Alexandre Kalache, referência da OMS na elaboração das linhas programáticas em termos de política concertada para a promoção do “Envelhecimento Ativo”, explica, numa entrevista, a escolha do conceito, onde se verifica esta indistinação:

“Então você tem vários rótulos. Pode chamar produtivo, ativo, bem-sucedido (sucessfull ageing), positivo, ageing well, vital ageing e, eu acho que, ainda, o que melhor expressa –não sendo perfeito – é o ativo. Embora a primeira coisa que venha à cabeça é fazer exercício físico. Mas você tem de chamar de alguma coisa. Então eu resolvi que envelhecimento ativo ainda é o melhor, do pior. E vou repetir a definição: é um processo, ele é contínuo, ele é ativo, ele exige a participação ativa das pessoas, assim como da sociedade ativamente (...) Para que você possa ter mais saúde.” (Moreira (ed.), 2012: 45)

Por outro lado, a ênfase na saúde, como pilar essencial do Envelhecimento Ativo, sendo fundamental na definição promovida pela OMS, não tem um lugar tão destacado nas publicações das restantes instituições internacionais, embora a UE, também, assinala a importância da responsabilidade individual na adoção de estilos de vida saudáveis.

A este respeito vale a pena olharmos para o trabalho de comparação minuciosa e análise crítica das diferentes aceções do conceito de Envelhecimento Ativo nas publicações oficiais das três instituições internacionais referidas – OMS, OCDE, UE – realizado pelos investigadores José de São José e Ana Rita Teixeira (São José et al, 2014). Eis a sua síntese conclusiva desta comparação crítica:

“Correndo algum risco de reducionismo, podemos afirmar que a conceção da ocde é “individualista e tendencialmente economicista” (responsabilidade individual e ênfase das atividades economicamente produtivas), enquanto no polo oposto temos a conceção da oms, que é “solidária, multidimensional, humanista e sensível aos contextos de vida”. A conceção da oms não nega que “envelhecer ativamente”, através da realização de atividades multidimensionais (incluindo atividades não produtivas), depende de decisões e comportamentos individuais, mas simultaneamente atribui um papel determinante à responsabilidade das entidades públicas na facilitação daquele desígnio. (...) Nota-se, ainda, que a conceção da oms é “sensível aos contextos de vida” (familiares e socioeconómicos) que determinam o processo de ea, na medida em que atribui importância às relações intergeracionais e às desigualdades de recursos e de oportunidades.

Por sua vez, mais próxima da conceção da oms encontra-se a da ue, que pode ser entendida como sendo “solidária, tendencialmente economicista e instrumental, e menos sensível aos contextos de vida”. A ênfase da vertente económica foi anteriormente demonstrada e também é sublinhada por outros autores (...) A tendência instrumental encontra-se na valorização do indivíduo independente que contribui para a

contenção dos custos com os serviços sociais e de saúde, assim como do indivíduo consumidor que contribui para a dinamização da economia. Por último, a UE não faz uma referência explícita à solidariedade intergeracional e aos determinantes do EA, embora sublinhe a promoção da igualdade de género. (São José et al, 2014: 41-43)”

A partir desta síntese crítica, e daquilo que tenho vindo a afirmar nos capítulos anteriores, entendo que a UE encontra-se num momento de encruzilhada, exacerbado pela crise social e económica de alguns países do sul, entre os quais, Portugal. Trata-se de escolher, com alguma urgência, tendo em conta os impactos negativos da crise socioeconómica, qual o caminho a seguir, no que se refere à implementação do Envelhecimento Ativo, como programa de políticas públicas para fazer face ao problema do envelhecimento demográfico:

- seguir por uma ênfase, cada vez mais, exclusiva na responsabilidade individual, assumindo o paradigma proposto pela OCDE, ou colocar-se definitivamente no modelo inclusivo, da responsabilidade coletiva, de cariz humanista e sensível aos contextos de vida, tal como é proposto pela OMS?

É preciso compreender que a resposta a esta questão não se limita apenas à decisão entre dois modelos abstratos, mas que ela implica a escolha entre modelos sociais diferentes, com consequências políticas, económicas e sociais muito concretas. O que nos leva a compreender como a opção por diferentes modelos do Envelhecimento Ativo, perante o problema de envelhecimento demográfico que marca toda a Europa e a grave crise económica e social que aflige alguns dos seus países, principalmente os do Sul, prende-se com a escolha de um modelo económico e social. E é essa a derradeira encruzilhada em que se encontram os países da UE:

- colocando a ênfase na responsabilidade, no que se refere à saúde, à participação e à segurança na velhice, deverão as funções do Estado ser reduzidas a um mínimo, ou, pelo contrário, assumindo que a responsabilidade é coletiva, deverá o Estado ter um papel decisivo na prestação das suas funções sociais, em relação a estes diferentes aspetos?

Até ao momento presente, no que respeita ao modelo de Envelhecimento Ativo, a UE, como vimos, situa-se no meio, entre as propostas da OCDE e a da OMS.

Também a nível político, no que se refere à definição das funções do Estado nos domínios social e económico, como vimos no capítulo anterior, a UE vai procurando resolver os dilemas desta encruzilhada situando-se no meio, a partir das propostas da “Terceira Via” ou do “Estado Social Ativo”. No entanto, apesar de a meio caminho entre a definição da OCDE e a definição da OMS, parece-me que é a definição de Envelhecimento Ativo desta última instituição internacional que melhor corresponde a um efetivo meio-termo entre as noções de responsabilidade individual e responsabilidade coletiva, através da consideração dos importantes fatores sociais determinantes (da saúde, da participação e da segurança na velhice) (cf. Capítulo 1). A aproximação ao modelo da OCDE significa que, de alguma forma, a UE pode resvalar para aquilo que me parece ser uma perniciosa acentuação da responsabilidade individual, ao mesmo tempo que vai adotando uma noção muito estreita de atividade, como equivalente de atividade de valor económico. Vejamos, então, estes dois pontos da minha crítica.

A progressiva aproximação da definição da UE à da OCDE, no sentido de destacar as atividades económicas de valor produtivo, procurando capacitar os idosos para permanecerem no mercado de trabalho, e distanciando-se da definição da OMS, em que se consideram muitos outros tipos de atividade com valor social, foi devidamente documentada pelos autores anteriormente referidos:

“Primeiro, nota-se que as conceções da oms e da ue são mais abrangentes do que a conceção da ocde e, por outro lado, que a conceção da ue tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo (...)

Em segundo lugar, todas as organizações concebem o ea [envelhecimento ativo] como uma responsabilidade individual. Não obstante, enquanto a oms e a ue concebem o ea também como uma responsabilidade coletiva, a ocde é omissa em relação a esta última responsabilidade (...)

Para além das semelhanças e das diferenças entre as definições de 1999 e 2012 já anteriormente referidas, conseguimos detetar uma maior importância atribuída à dimensão económica do ea na definição de 2012, patente na ideia de “capacitação das pessoas para se manterem no mercado de trabalho” (...)

Os aspetos referidos pela oms que não se encontram nos documentos da ue são o “processo de baixo para cima” (a valorização dos interesses, das necessidades e capacidades dos indivíduos), a inclusão de atividades não produtivas (onde se incluem as atividades espirituais), a “reciprocidade”, o “processo socialmente estruturado” e a “qualidade de vida”. (São José et al. 2014: 39-41)

A noção de atividade, sobretudo, quando estritamente equiparada ao desempenho de atividades produtivas de valor económico, como garantia de uma vivência positiva da velhice, foi, como vimos anteriormente, criticada pela Antropologia. Analisando o discurso institucional que apregoa os inúmeros benefícios de se manter uma postura ativa na velhice, alguns autores criticaram aquilo que descrevem como uma continuidade moral entre a ética do trabalho e a da reforma: uma “ética da atividade” (“busy ethic”), numa sociedade que valoriza extremamente o trabalho, como um aspeto essencial da identidade individual, levando os idosos a ocuparem os seus tempos de lazer com inúmeras atividades, procurando uma justificação moral para o seu papel de reformados (Ekerdt, 1986).

Por outro lado, noutra perspetiva diferente, esta questão da postura mais ou menos ativa ou passiva na velhice foi analisada tendo em conta a lógica da troca e da reciprocidade. Uma ideia já presente no trabalho antropológico de Arlie Hochschild (1973), a ideia da importância da reciprocidade na terceira idade será, posteriormente, desenvolvida por outros autores. De facto, há evidências através de diferentes culturas de que, efetivamente, os idosos conseguem manter um estatuto social mais elevado quando detêm algo considerado valioso para a troca na sua sociedade: seja a memória dos costumes tradicionais, recursos económicos ou a perspetiva de deixarem heranças (Sokolovsky, 1990; Foner, 1984; Keith, 1982).

Estes estudos apontam para a importância da detenção de diferentes tipos de capital, e não apenas capital económico, para que os idosos possam estabelecer relações de troca e de reciprocidade com os mais novos, garantindo o seu estatuto social. Neste sentido, alguns argumentaram que para os pensionistas mais carenciados, sem apresentarem produtividade económica, em troca dos apoios sociais de que auferem como reformados, só lhes restaria retribuir com a sua obediência perante os mais novos (Dowd, 1975).

Tomando em consideração estas diferentes perspetivas, julgo que esta “ética da atividade”, tantas vezes assumida pelos idosos com quem tive oportunidade de conviver ao longo da minha pesquisa, corresponde a uma tentativa de manter relações de reciprocidade que, pela execução de múltiplas tarefas com valor de utilidade, fortalece as relações com os mais novos, ao mesmo tempo que lhes garante um estatuto social

positivo: desde tomar conta de si mesmo, sendo autónomo, até ter um papel relevante no domínio familiar, por exemplo, tomando conta dos netos, contribuindo para maior autonomia dos filhos, a geração intermédia.

No entanto, é preciso não esquecer que, apesar do voluntarismo de muitos, patente na forma entusiasta como aderem a esta “ética da atividade” – que se traduz num “engajamento ativo com a vida”, conforme descrito anteriormente (cf. Capítulo 1 e 5) – para outros tantos, este empreendimento será sempre parcialmente votado ao fracasso, por diferentes motivos. Alguns motivos estão perfeitamente identificados pela literatura especializada no tema do “envelhecimento bem-sucedido” – com enfoque, sobretudo, no comportamento individual – ao passo que outros estão melhor identificados na literatura sobre os fatores sociais determinantes da saúde – com o seu enfoque na sociedade.

Em primeiro lugar, a partir da literatura especializada na investigação do envelhecimento bem-sucedido, devemos promover uma reflexão crítica em torno dos limites individuais, impostos pela própria idade, na adoção da referida “ética da atividade”.

Tal como foi referido anteriormente, alguns autores dividem a última etapa da vida em duas fases. A partir da distinção entre “young old” e “old old” introduzida por Neugarten (1974) e por Laslett (1991), alguns autores desenvolveram a ideia de uma distinção entre a 3ª idade e a 4ª idade (cf. Capítulo 1). Existem duas maneiras essenciais de distinguir entre a 3ª e a 4ª idade: a primeira é baseada numa perspetiva demográfica e a segunda numa perspetiva individualizada. A definição de tipo demográfico postula que a transição da Terceira idade para a 4ª idade acontece na idade cronológica a partir da qual 50% das pessoas de uma mesma geração já não estão vivas. Este critério aumenta a probabilidade de que as pessoas acima desta idade, efetivamente, estejam sujeitas a processos de envelhecimento acentuado, associado à presença de enfermidades ou funcionalidade reduzida. Este tipo de definição tem a vantagem de permitir observar de forma bastante evidente como o processo de envelhecimento é profundamente delimitado por fatores de ordem socioeconómica, evidenciando o impacto das desigualdades entre países no que se refere à longevidade:

“Esta definição coloca a transição entre a terceira e a quarta idade nos países desenvolvidos à volta dos 75-80 anos de idade (...) Nos países em desenvolvimento a idade corrente para a terceira e a quarta idade é claramente mais baixa.” (Baltes et al. 2003:125)

Uma outra forma de distinção de base demográfica seria excluir do cálculo as pessoas que morreram em idades mais jovens. Desta forma, poderíamos falar da transição da terceira idade para a quarta idade como sendo aquela idade cronológica em que 50% das pessoas que atingiram os 50 ou 60 anos de idade morreram subsequentemente:

“Para os países desenvolvidos, esta definição elevaria o início da quarta idade para perto dos 80-85 anos.” (Baltes et al. 2003: 125)

O segundo modo de definir a transição entre 3ª e 4ª idade é centrado na pessoa individual, com o objetivo teórico de definir o espetro de vida máximo de um indivíduo e não o da média da população. É uma definição centrada na identificação de processos individuais de morbilidade.

A divisão entre a 3ª e a 4ª idade é marcada pela divisão entre envelhecimento normal e envelhecimento com sucesso, e pela divisão entre uma perspetiva predominantemente positiva e uma outra predominantemente negativa acerca do envelhecimento. Para P. Baltes, o otimismo a respeito da 3ª idade baseia-se num conjunto de aspetos positivos que evidenciam os avanços da ciência gerontológica:

- aumento da esperança média de vida; - probabilidade de uma melhor saúde (física, mental) na velhice; - sucessivos coortes (gerações) mostram ganhos na saúde física e mental; - níveis elevados de bem-estar emocional e pessoal na velhice; - novas estratégias efetivas para gerir os ganhos e as perdas da velhice; - consequentemente, cada vez mais pessoas apresentam um envelhecimento bem-sucedido (Baltes et al. 2003:125).

No entanto, por contraste, a investigação até agora realizada sobre a 4ª idade mostra como muitos destes aspetos positivos são postos em causa nesta ultima fase da vida:

- perdas consideráveis do potencial cognitivo e da capacidade para aprender; - aumento do síndrome de stress crónico; - prevalência assinalável de demência (cerca de 90% nos que têm mais de 90 anos de idade); - elevados níveis de debilidade, disfuncionalidade e multi-morbilidade (id.: 125).

Neste sentido, P. Baltes questiona uma orientação biomédica centrada no prolongamento da vida como diretiva principal e o excessivo otimismo da gerontologia, que tende a considerar a morbilidade recorrente na 4ª idade como uma questão transitória que a ciência deverá resolver no futuro. Para este autor, para além da importância de se reconhecerem os limites da ciência genética no aperfeiçoamento do genoma humano, ao serviço do prolongamento da vida, trata-se de colocar a questão da dignidade humana no centro da intervenção médica e política no que concerne ao envelhecimento:

“Viver até mais tarde parece constituir um grave risco para a dignidade humana (...) o envelhecimento saudável e bem-sucedido tem os seus limites, impostos pela idade” (Baltes et al. 2003:128-133)

Em segundo lugar, para além dos limites individuais, impostos pela própria idade, para adoção de uma “ética da atividade”, devemos considerar os limites decorrentes dos fatores sociais determinantes da saúde. Eles estão já, obviamente presentes nos números anteriormente descritos por Baltes, que elevam a idade média na qual se dá a transição entre a 3ª e a 4ª idades nos países mais ricos, comparativamente aos países mais pobres. E, estão, igualmente, presentes nas desigualdades na detenção de diferentes tipos de capital dentro de cada país, com importantes consequências nos comportamentos de saúde da população - na possibilidade de assunção de uma postura ativa e de responsabilidade individual, assim como, na possibilidade de um “engajamento ativo com a vida” (cf. Capítulo 5).

Recordo a crítica de Sharon Kaufman a diversos autores, seus contemporâneos, segundo a qual o que mais importava para idosos não seria o simples desempenho de atividades, mas, realmente a possibilidade de desenvolverem as atividades de que, efetivamente, gostam. Mas, isso obriga, como vimos anteriormente à detenção de diferentes tipos de capital – social, cultural, económico – que permitam aos indivíduos idosos aproveitarem as oportunidades que a sociedade cria para a sua participação.

Este argumento é também sustentado pela literatura especializada na análise dos fatores sociais determinantes da saúde. Richard Wilkinson, autor proeminente nesta área de investigação, chega mesmo a considerar que as sociedades mais igualitárias são sociedades mais saudáveis do que as sociedades onde existe um elevado nível de

desigualdades socioeconómicas (Wilkinson, 1996). Segundo este autor, as evidências mostram que a esperança média de vida é muito maior quando as diferenças de rendimento são menores e existe maior coesão social. Neste sentido, a qualidade de vida nas sociedades desenvolvidas varia hoje, sobretudo, em função de fatores sociais e não materiais:

“Verifica-se um importante paradoxo no centro da relação entre saúde e a qualidade de vida. Entre os países mais ricos, o crescimento económico e progressivos aumentos das condições de vida parecem ter um impacto reduzido na saúde (...) O outro lado deste paradoxo é que as diferenças nas condições de vida permanecem intimamente relacionadas com a saúde *dentro* dessas sociedades.

A saúde é fortemente afetada pela posição social e pelo nível de desigualdades sociais e económicas dentro de uma população. Em termos de rendimento, a relação é entre níveis relativos e não entre níveis absolutos de rendimento (...) No mundo desenvolvido, não são os países mais ricos que têm melhor saúde, mas os mais igualitários.” (Wilkinson, 1996: 2-3)

Mas o que é que, especificamente, permite que estas sociedades mais igualitárias tenham mais saúde?

Segundo Wilkinson, estas sociedades igualitárias apresentam uma forte vida comunitária, detêm coesão social, uma “moralidade social” que restringe a hegemonia dos valores do mercado, enfim, altos níveis de capital social, e não apenas de capital económico:

“O individualismo e os valores do mercado são restringidos por uma moralidade social (...) Estas sociedades têm mais daquilo a que tem sido chamado de “capital social”, que lubrifica o funcionamento de toda a sociedade e economia” (Wilkinson, 1996: 4-6)

Assim, nestas sociedades mais igualitárias, a sociedade no seu conjunto, quando comparada com outras mais desiguais, apresenta níveis mais elevados de capital social, que aponta, tal como vimos no domínio estritamente individual, para uma maior probabilidade de engajamento dos indivíduos em atividades coletivas (cf. Capítulo 5).

Pelo contrário, nas sociedades mais desiguais na distribuição dos diferentes tipos de capital verifica-se uma forte variação dos níveis de saúde da sua população, apontando para aquilo que Michael Marmot designa por uma “síndrome do estatuto” (“status syndrome”) (Marmot, 2004). Segundo este autor, quanto mais alto é o estatuto social de uma pessoa, maior a probabilidade dela ser saudável:

“(…) entre *todas* estas pessoas, quanto mais alto o estatuto na hierarquia, maior a probabilidade de serem saudáveis. Designo este facto por síndrome do estatuto.” (Marmot, 2004: 1)

Para este autor, o “síndrome do estatuto” não é um problema de pobres, com pior saúde, e de ricos, com melhor saúde, pois onde quer que um dado indivíduo se situe na hierarquia, a sua saúde será provavelmente melhor do que aqueles que estão abaixo e pior do que a daqueles que estão acima. Trata-se, portanto, de tentar compreender de onde resulta este “síndrome do estatuto”, prevalecente mesmo nas sociedades mais ricas, que evidenciam um gradiente social da saúde:

“Estamos a lidar, então, com as doenças que as pessoas desenvolvem quando a sua sociedade é rica o suficiente para já ter solucionado os problemas de malnutrição e problemas sanitários: doenças coronárias, diabetes, doença mental (...) todas seguem o gradiente social – quanto mais baixo o estatuto social mais elevado é o risco (...) (Marmot, 2004: 5-6).

O facto de haver muitas pessoas sem acesso a cuidados médicos nos EUA, por exemplo, poderia levar-nos a pensar que reside aí a explicação para as desigualdades na saúde. No entanto, argumenta Marmot, o Reino Unido tem um serviço de saúde de acesso universal e apresenta o mesmo gradiente social na saúde. Assim, para este autor, acima de um certo nível de riqueza de uma dada sociedade, a explicação para a variação nos níveis de saúde não está, fundamentalmente, no acesso a cuidados de saúde.

De onde resulta, então, esta síndrome do estatuto? De acordo com Marmot, ela deriva de uma motivação humana para a comparação com os outros. Algo que, à primeira vista, poderia conduzir-nos a uma aceitação resignada da inevitabilidade das desigualdades sociais. Mas, no entanto, não é nesse sentido que segue a investigação de Marmot, que demonstra que, se por um lado, a motivação para comparação com os outros – e, assim, para o estabelecimento de hierarquias é, possivelmente, inevitável – no entanto, existe uma participação variável da sociedade na definição dessas hierarquias, nas suas consequências e no seu significado. E é, neste ponto, que a teoria de Marmot adquire especial relevância para uma análise dos possíveis impactos sobre a saúde da distribuição desigual de diferentes tipos de capital, especialmente, em contextos de crise socioeconómica, como aquele que caracteriza atualmente a realidade portuguesa (cf. Capítulo 7). Pois, são sobretudo os momentos de perda de estatuto social, no caso português relacionado com o empobrecimento da classe média, e pelo aumento das diferenças entre pobres e ricos, que conduzem a impactos mais negativos

sobre a saúde, tal como os dados recolhidos na minha investigação já haviam revelado. Os impactos sobre a saúde fazem-se sentir no momento em que se verifica uma perda de controlo dos indivíduos sobre as suas próprias vidas, associado a um sentimento de insegurança, derivado, por exemplo, da instabilidade laboral, ou, poderíamos acrescentar, dos cortes nos valores das pensões dos reformados, sujeitas a alterações sucessivas no que se à contribuição fiscal (cf. Capítulo 7):

“Se o trabalho é bom ou mau para a saúde, isso depende, essencialmente, na natureza do trabalho e do lugar do trabalho na situação familiar e social. E depende se a pessoa sequer tem um trabalho e qual o grau de segurança tem em relação ao seu emprego. Estes aspetos são todos de uma importância crucial para o gradiente social da saúde.” (id.: 123)

Neste sentido, é dos diferentes graus de controlo, associados às oportunidades criadas pela sociedade para a participação, que resulta a “síndrome do estatuto”:

“(…) para pessoas acima de um certo nível de bem-estar material, um outro tipo de bem-estar é central. Autonomia – qual o grau de controlo que cada um tem sobre a sua vida – e as oportunidades que existem para um engajamento social e participação total são cruciais para a saúde, o bem-estar e a longevidade. É a desigualdade nestes aspetos que produz o gradiente social na saúde. A variação dos graus de controlo e de participação subjazem a síndrome do estatuto.” (id.: 2)

Ora, como vimos anteriormente (cf. Capítulo 5), a forma como os sujeitos idosos podem garantir uma postura ativa perante a sua saúde – assegurando a sua autonomia e controlo sobre as suas vidas, e capacidade de aproveitar as oportunidades para um engajamento ativo com a vida - depende, fundamentalmente, da detenção variável de diferentes tipos de capital. Neste sentido, se, como argumentava Sharon Kaufman, o mais importante não é que as pessoas idosas façam qualquer tipo de atividade produtiva, mas que, essencialmente, estejam engajadas na realização das atividades de que gostam, observa-se que as possibilidades individuais para aproveitar as oportunidades de participação criadas pela sociedade são limitadas pela detenção de diferentes tipos de capitais e não dependem, apenas, da vontade individual.

Para além disso, como nos mostra a literatura em torno do envelhecimento bem-sucedido, elas dependem também dos limites da própria idade, retirando a uns, mais cedo do que a outros, grande parte da autonomia e sentimento de controlo sobre a sua própria vida que, como vimos, explica em grande medida a “síndrome do estatuto”.

Ignorar estes limites à adesão ao Envelhecimento Ativo, impostos pelos fatores sociais determinantes da saúde, mas, em muitos casos, pela própria idade, corresponde ao que a antropóloga Guita Debert designou por “reprivatização do envelhecimento”, um processo de “reinvenção da velhice”, por meio do qual estes limites são escamoteados, através da promoção de representações sociais positivas da velhice, e as perdas próprias do processo de envelhecimento passam a ser alocadas, fundamentalmente, no domínio da responsabilidade individual, como consequência de um estilo de vida pouco saudável (Debert, 1999).

Perante todas estas limitações individuais à possibilidade de participação social, recordo ainda as teorias referidas anteriormente, ainda que brevemente, sobre a forma como a velhice seria caracterizada, fundamentalmente, pela vontade de se viver o tempo de uma forma circular, assente na necessidade do idoso falar das suas experiências passadas e da sua trajetória de vida, conferindo-lhes sentido, como no fechar de um ciclo. E é na capacidade de o fazer, que reside o sucesso individual perante o processo de envelhecimento (Erikson (1984); Kleinman, 1988). Neste sentido, a ênfase na importância da atividade, sobretudo, na atividade de valor produtivo, parece não passar de uma importação ideológica da esfera económica, que dita uma orientação linear para o progresso ilimitado, e que tem pouco sentido no plano individual, da vivência subjetiva da velhice.

Alguns dos médicos-acupunctores e terapeutas de MTC entrevistados apontaram justamente nesta direção, a partir da sua experiência clínica com pacientes idosos. Para alguns, a doença, por mais sofrimento que acarrete, poderia, pelo menos, garantir um pouco de atenção, de afeto e, finalmente, algum sossego:

“Eu sempre me lembro de uma senhora idosa que tinha muitos problemas familiares, muito deprimida e que tinha um quadro de asma. E ela nunca melhorava daquela asma dela, daquele problema pulmonar. Até um dia em que ela melhorou. E eu perguntei como é que a senhora estava e ela estava melhor e ela olhou para mim, assim muito triste: “Eu sofri uma melhora!”

E eu não me esqueço disso porque isso é muito interessante. Ela estava sofrendo porque ela estava melhorando e, então, o quanto de informações que essa frase me trouxe. O quanto ela estava sofrendo, porque precisava dessa doença. Eu quase me senti culpada por ela estar melhorando, o quanto é que ela precisava daquilo e ela estava melhorando e eu não sei o que é que ia acontecer. Se ela ia ter de assumir certas posturas dentro da família dela, se ela ia deixar de ter a atenção que ela tinha justamente por ela ser a doente, se ela melhorasse.

Porque a doença pode ter um papel de atenção, de atenção e de acomodação, como se a doença pudesse dar um sossego para a pessoa também, como se ela não estiver doente ela vai ter de ter uma postura mais ativa dentro de casa. Como ela é doente, ela não vai ter de contribuir muito, ela fica lá.” (Dra. Cláudia Ferreira, médica-acupuntora, Rio de Janeiro)

Assim, desta forma, a doença liberta o idoso da lógica da troca e reciprocidade entre gerações, discutida anteriormente, assim como da exigência de participação ativa, imposta, cada vez mais, pela sociedade, sustentada no paradigma do Envelhecimento Ativo.

Interrogo-me se não será esse o derradeiro papel dos idosos na sociedade atual, dos países mais ricos e desenvolvidos, sobretudo, quando sujeitos a uma conjuntura de grave crise económica e que põem em risco o seu modelo social: o de levarem os mais novos a reconhecer os limites da condição humana, que são os limites à atividade impostos pela própria idade; e o de quebrarem, em alguns casos de doença, a lógica da troca e da reciprocidade – obrigando os mais novos a assumirem o papel de cuidadores, que os mais idosos um dia cumpriram – enquanto, em muitos outros casos, continuam generosamente a constituir um pilar de sustentabilidade familiar, através das suas reformas e cuidando dos seus netos, em tempos de grande insegurança laboral. Enfim, o de obrigarem a sociedade a tomar uma decisão sobre que modelo social adotar, entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde.

Para além dos limites à atividade, os idosos que procuram abraçar uma visão cíclica da sua vida, os que desafiam o modelo social vigente pela sua procura de um pouco de sossego, revelam a importância social de outro tipo de atividades que não as meramente produtivas. Nesse sentido, a sua contribuição para a sociedade é muito semelhante àquela a que o Chi Kung se propõe fazer para o indivíduo praticante: entre a azáfama constante do mundo moderno, em que o indivíduo é subjugado pela exigência constante da sua produtividade, esta prática permite criar “espaços para respirar” (Chen, 2003)

Assim, por um lado, o envelhecimento demográfico, havendo uma genuína preocupação social com a inclusão dos mais idosos, pode exigir que as sociedades modernas sejam mais igualitárias e, conseqüentemente, mais saudáveis. E a situação socioeconómica de muitos idosos, evidencia, muitas vezes, a custo de muito sofrimento individual, como a detenção desigual de diferentes tipos de capital, permite a uns, mais

do que outros: terem um maior engajamento ativo com a vida; um recurso facilitado a diferentes cuidados de saúde, convencionais ou não convencionais, que lhes permite garantir um maior controlo e autonomia nas suas vidas, por mais tempo, adiando os limites impostos pela 4ª idade; a própria possibilidade de terem algum sossego, necessário à integração das suas experiências de vida passadas com o presente, alcançando a sua plenitude existencial, envelhecendo com sucesso.

Por outro lado, o Chi Kung, assim como outras valências da MTC, podem contribuir positivamente neste processo de criação de algum sossego, de “espaços para respirar”, ajudando os indivíduos nos seus problemas pessoais, e a sociedade a ultrapassar a encruzilhada em que se encontra. Para Andrea Sankar (1984), a guerra mais ou menos consciente em que a Biomedicina se envolveu na luta contra a morte conduz, possivelmente, a uma antipatia dos médicos em relação à população idosa, sendo que a velhice é entendida como a doença incurável por excelência. Esta ideia vem no mesmo sentido da perspetiva de P. Baltes, anteriormente descrita, segundo a qual, a Gerontologia, empenhada no esforço de dissociar ao máximo a velhice da ideia de doença, acaba por cair numa espécie de otimismo irrealista que a leva a não reconhecer os processos de morbilidade característicos da fase final da velhice, a 4ª idade, prestando cuidados médicos que, nalguns casos, ameaçam a dignidade humana.

Ou seja, no seu esforço por separar a velhice da doença, a Gerontologia não reconhece os limites do seu campo de ação, perspetivando a ocorrência de processos de morbilidade entre os mais velhos como um fracasso: da Biomedicina, tendo em conta as limitações do seu conhecimento atual; fracasso, possivelmente, do próprio idoso doente, pela não adoção de uma postura ativa e responsável perante a sua saúde. No final, verifica-se uma antipatia, se não na prática médica, pelo menos, na teoria que a enforma, da Biomedicina em relação à velhice. Pelo contrário, segundo Andrea Sankar, a atitude da MTC em relação à velhice é bem distinta, suportando aquilo que foi argumentado em capítulos anteriores:

“Na medicina Chinesa são feitos grandes esforços para tratar o sofrimento dos indivíduos em estado terminal. A sua dor assim como o seu stress psicológico e o stress social das suas famílias recebe uma preocupação empática e um tratamento sério. Mas, assim que se reconhece que um indivíduo está claramente e iminentemente a morrer, os esforços médicos cessam, e ao indivíduo é permitido morrer.” (Sankar, 1984: 274)

Por outro lado, a tentativa de dissociar a existência de doença do processo de envelhecimento por si só, que ocupa grande parte dos esforços da Gerontologia, faz, desde há muito, parte do património teórico e da prática clínica da MTC, para a qual a doença resulta de um processo de equilíbrio que deverá ser repostado, seja em que idade for (embora se reconheça uma especial suscetibilidade à doença na infância e na velhice):

“Os curandeiros tradicionais da China – médicos, xamãs, fitoterapeutas, oráculos – não assumem imediatamente o diagnóstico: “Isso é da velhice!”. Esse tipo de diagnóstico é muito improvável na teoria da medicina Chinesa. A doença é provocada por um desequilíbrio; a saúde é equilíbrio, e esse é o estado expectável de qualquer ser ao longo do seu ciclo de vida.” (Sankar, 1984: 251)

A MTC, na sua prática clínica e na sua teoria clássica, sob as suas várias valências pode, assim, ser uma fonte de inspiração válida para forma como os indivíduos e a sociedade lidam com o processo de envelhecimento, a somar aos contributos da investigação da própria Gerontologia, em relação ao envelhecimento bem-sucedidos, complementados pela literatura em torno dos fatores sociais determinantes da saúde. Ao mesmo tempo, a MTC corre o risco de ser instrumentalizada por aqueles que, contra as evidências, querem fazer depender a saúde dos mais idosos, fundamentalmente, de uma questão de responsabilidade individual, na adoção de estilos de vida saudáveis. Para evitar esse risco, como muito bem evidenciaram os testemunhos dos terapeutas de MTC/médicos-acupunctores que tratam pessoas de diferentes classes socioeconómicas (cf. Capítulo 7), os terapeutas de MTC devem conservar a sua perspetiva holista sobre a saúde, na sua plenitude: compreendendo que tanto o recurso à MTC, num primeiro momento, como a adoção de uma postura ativa sobre a sua saúde, num segundo momento, ocorrem entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde.

Conclusão

O objetivo central da minha investigação foi o de tentar compreender como se processa o recurso da população idosa à MTC, num momento em que o paradigma do Envelhecimento Ativo adquire relevância na definição das políticas públicas, para fazer face aos desafios colocados pelo envelhecimento demográfico, mas, também, para tirar o devido proveito das oportunidades decorrentes do aumento da esperança média de vida, em diversos países, nomeadamente, nos países da UE, incluindo Portugal.

De facto, a preocupação com a sustentabilidade económica – dos gastos públicos com as pensões, aos gastos públicos com os cuidados de saúde dos mais idosos – é um dos motivos principais na base da elaboração e promoção do paradigma do Envelhecimento Ativo, como possível solução para estes desafios⁶⁹. No que respeita aos gastos públicos com a saúde, a OMS propõe alterações de base no modelo de prestação de cuidados médicos, que participam no quadro de políticas adequadas à implementação do Envelhecimento Ativo (cf. OMS, 2002):

- uma maior ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença, que implica um reforço do papel dos cuidados primários de saúde;
- um reconhecimento da importância do autocuidado e dos cuidados prestados pelas famílias aos idosos, para o qual deveria ser canalizado algum do esforço financeiro do Estado e, assim, não apenas concentrado no financiamento dos cuidados médicos institucionais;
- um reconhecimento da importância da responsabilidade individual, que passa pela assunção de estilos de vida saudáveis, afastando-se de uma noção meramente assistencialista da prestação dos cuidados médicos e afirmando a importância de uma postura ativa da população idosa na promoção da sua saúde.

Em consonância com estas propostas, de acordo com os dados reunidos na presente investigação, na perspetiva dos terapeutas de MTC e, também, na dos médicos-acupuntores, uma característica definidora da sua prática clínica é a colocação de uma especial ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença, que assenta, em boa

⁶⁹ Essa preocupação está presente, tanto na definição de Envelhecimento Ativo proposta pela OMS (OMS, 2002), como, sobretudo, na que viria a ser progressivamente adotada pela UE (cf. Decisão N. o 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho; São José et al. 2014).

medida, no desenvolvimento de uma postura ativa e de responsabilidade individual da população idosa sobre a sua saúde, tendente à adoção de estilos de vida saudáveis (cf. capítulo 3). Verifica-se, então, uma convergência entre o ideário do paradigma do Envelhecimento Ativo e a abordagem terapêutica dos profissionais de MTC. Neste sentido, a MTC configura-se como um recurso terapêutico com o potencial para uma contribuição significativa para uma efetiva implementação prática dos princípios que norteiam o paradigma do Envelhecimento Ativo, no que se refere aos comportamentos de saúde da população idosa⁷⁰.

Ao mesmo tempo, não é apenas a MTC que pode constituir-se como um recurso válido para a transformação dos comportamentos individuais dos idosos relativamente à sua saúde, no sentido de uma aproximação aos parâmetros idealizados pelo paradigma do Envelhecimento Ativo. A emergência do movimento pela promoção da saúde, consubstanciado na afirmação de uma “nova saúde pública” (Lupton, 1995), evidencia alterações no âmbito da Biomedicina que traduzem-se numa maior consideração por outros fatores explicativos das doenças, sem, no entanto, destituírem o modelo biomédico, no seu carácter hegemónico⁷¹.

No entanto, se os comportamentos de saúde os idosos podem ser tão importantes para efetiva implementação do Envelhecimento Ativo, o comportamento individual não é absolutamente independente do condicionamento exercido por fatores externos, nomeadamente, pelo que tem vindo a ser designado por fatores sociais determinantes da

⁷⁰ E, ainda que a população idosa não constitua a maioria dos pacientes que recorrem, hoje em dia, à MTC, é de assinalar o facto de que, em Portugal, num momento em que ainda estão a ser terminadas as várias portarias legais para o enquadramento da prática da MTC, a acupuntura seja já, na realidade, a terapia alternativa não medicamentosa mais utilizada pelos portugueses, nomeadamente pela sua população idosa (cf. Lopes, 2010). Para além disso, tal como foi explicado ao longo da dissertação, é possível verificar-se um progressivo aumento do recurso à MTC num futuro próximo por parte da população idosa, à medida do envelhecimento da população de meia-idade que constitui, atualmente, a maioria dos seus pacientes (cf. capítulo 1 e 3).

⁷¹ Efetivamente, existem sinais de transformações a acontecerem no âmbito da Biomedicina, em sentidos diametralmente opostos. Por um lado, temos a consolidação da perspetiva positivista, que estava presente desde o nascimento da clínica (Foucault, 1973), patente no desenvolvimento da chamada “medicina baseada na evidência” (Cochrane, 1972). Por outro lado, temos uma tendência, em grande medida contraditória com esta anterior, que passa pelo desenvolvimento da abordagem “holista” da saúde dentro da própria Biomedicina, que, no sentido de promover a designada “medicina integrativa”, defende que o “holismo” não é propriedade única das MAC. Um exemplo desta tendência, é a constituição, em 1983, da “British Holistic Medical Association” (cf. <http://www.bhma.org/>).

saúde⁷². Estes fatores sociais influenciam, não apenas a saúde na velhice, de uma forma direta, como, também, indiretamente, na medida em que são estruturantes do comportamento individual. A partir da investigação realizada neste âmbito, sabe-se que o comportamento individual é influenciado pela posição social, cultura e pelos constrangimentos económicos (pelo menos na meia-idade), ainda que a relação entre a posição social e os comportamentos de saúde na velhice seja menos clara (McMunn et al., 2006). Ora, a minha investigação procura constituir-se, sobretudo, como uma contribuição para a compreensão da forma específica como, precisamente, a posição social, a cultura e os constrangimentos económicos são estruturantes dos comportamentos individuais dos mais idosos, relativamente à sua saúde.

Tal como argumentei ao longo da dissertação, julgo que a compreensão da relação entre estes aspetos e o comportamento individual passa por uma análise crítica da importância para a saúde da detenção desigual de três tipos de capital: social, cultural e económico (Bourdieu, 1986). No que respeita ao capital social, apresentei dados que sustentam o argumento de que a detenção de elevados níveis de capital social é um requisito fundamental para o desenvolvimento e consolidação de uma postura ativa e responsável do paciente idoso sobre a sua saúde – ao encontro dos objetivos do Envelhecimento Ativo – que favoreça a adoção de um estilo de vida saudável. Pois, a partir da análise dos dados recolhidos no âmbito da minha investigação, defendo que a detenção de elevados níveis de capital social é, muitas vezes, a condição essencial para o “engajamento ativo com a vida” – um conceito na base do paradigma do Envelhecimento Ativo que aponta para a importância da manutenção de uma rede de relações interpessoais e do envolvimento dos idosos em atividades produtivas - ao mesmo tempo que este, por sua vez, reforça os níveis de capital social. Para além disso, este engajamento ativo com a vida, encontra-se, intimamente relacionado com a adoção de uma postura ativa sobre a saúde, pois são os idosos que apresentam uma rede de relações sociais densa e uma forte participação em atividades coletivas os que melhor demonstram uma postura ativa e responsável sobre a sua saúde. Este engajamento ativo

⁷² A análise da sua importância seria levada a cabo de uma forma exaustiva por diferentes autores (Marmot et al., 2006), e conseguiu uma ampla repercussão social, observável, por exemplo, em publicações patrocinadas pela OMS (OMS, 1998). Alguma dessa investigação procurou analisar os fatores sociais determinantes da saúde que mais impacto têm, especificamente, sobre a população idosa (McMunn et al., 2006).

com a vida, aliado à adoção de uma postura ativa sobre a saúde favorece, em muitos casos, uma avaliação subjetiva positiva da velhice que, por sua vez, reforça o engajamento ativo com a vida, incrementando o capital social, num ciclo que se reforça continuamente. A adoção de um estilo de vida saudável é, assim, um resultado final deste processo (cf. capítulo 5).

Relativamente ao capital cultural, apesar da importância de se considerar a especificidade cultural de cada contexto, sendo que existem contextos culturais mais propícios à adoção de uma postura ativa e de responsabilidade individual dos idosos sobre a sua saúde - como é o caso de Santa Cruz, na Califórnia, fruto de uma história particular de expansão e afirmação do recurso à MTC, entre outras MAC, desde os anos de 1960 – argumentei que o conceito de “cultura” para ser operativo, deve ser empregue numa aceção bem específica e, em boa medida, distinta deste uso, que aponta para a existência de identidades culturais locais. Ou seja, trata-se não tanto do estudo da cultura, como do estudo dos diferentes “usos” da cultura por diferentes grupos ou indivíduos, em função da sua história particular e de um contexto social, político e económico específico (cf. capítulo 6).

Pois, por um lado, efetivamente, a partir da análise dos dados recolhidos, conclui-se que a detenção de capital cultural revela-se crucial para que se verifique uma apropriação correta das várias informações de saúde que são hoje amplamente difundidas pelas várias instituições da Biomedicina, no seu esforço de incentivar a promoção da saúde e a prevenção da doença. Perante a crescente difusão dessa informação de saúde pública e a, emparelhada, atribuição de responsabilidade individual pela sua assimilação e utilização, não pode deixar-se de equacionar a importância crucial da detenção de elevados níveis de capital cultural que permitam uma apropriação correta da mesma. Neste sentido, se é certo que a informação é essencial para a saúde, ainda mais relevante é saber como usar devidamente essa informação, sendo que, só assim, poder-se-á prevenir os riscos em que incorrem os pacientes idosos, à medida que, desenvolvendo uma postura mais ativa e de responsabilidade individual perante a sua saúde, assumem comportamentos de saúde de uma forma autónoma, possivelmente desviantes da prescrição médica ou das recomendações do terapeuta de MTC.

Por outro lado, tal como foi analisado, a detenção de elevados níveis de capital cultural revela-se fundamental para uma participação ativa dos mais idosos na sociedade, seja através de uma continuação no mercado laboral, após a aposentação, seja através do engajamento em atividades coletivas. Consequentemente, argumento que o paradigma do Envelhecimento Ativo não poderá ser a solução definitiva para o problema do “idadismo” (Butler, 1969) – que diz respeito ao estereótipo, preconceito e discriminação negativa com base na idade (Lima et al., 2011) – se a sua implementação efetiva concentrar-se, essencialmente, na transformação das representações sociais negativas dos idosos e da velhice. Pois, uma postura ativa dos idosos relativamente à sua saúde, à participação na sociedade e à planificação da segurança da sua velhice – os três pilares fundamentais do paradigma do Envelhecimento Ativo, de acordo com a OMS – só será possível através de uma transformação da “cultura”, não apenas ao nível das representações sociais, mas também dos “*habitus*” incorporados (Bourdieu, 1997). No entanto, esta transformação cultural, que permitiria resolver problema do “idadismo”, exige uma correção social das desigualdades ao nível da detenção de diferentes tipos de capital que, sendo fundadoras dos diferentes “*habitus*”, associados a classes económicas distintas, são, também, fundadoras das representações sociais negativas de alguns idosos, mais do que outros⁷³.

Assim, observou-se, também, a grande importância da detenção de capital económico para uma vivência subjetiva positiva da velhice, assente em comportamentos que realizam as aspirações do paradigma do Envelhecimento Ativo nos seus três pilares fundamentais, enunciados pela OMS: o capital económico é extremamente importante para que se verifique uma postura ativa perante a saúde, de participação ativa na sociedade e de planificação da segurança na velhice (cf. capítulo 7).

Como o objetivo central da minha investigação assentava numa análise dos comportamentos de saúde da população idosa, foi, sobretudo, sobre esse pilar essencial que me concentrei na recolha e análise de dados relativos aos três contextos da minha pesquisa. E dos três contextos retirei importantes ilações a este respeito. Tal como foi observado relativamente ao caso da Califórnia, nesse Estado norte-americano, devido à

⁷³ Uma vez que as evidências apontam para uma correlação direta entre o “idadismo” e o estatuto social do idoso, sendo que quanto mais baixa é a perceção do estatuto social, mais os idosos são vistos como menos competentes (cf. Lima, et al., 2011).

existência de uma sistema de saúde predominantemente privado, constata-se que muitos sujeitos passam por grandes dificuldades no que se refere ao acesso aos cuidados da Biomedicina, quando deles mais precisam. Neste sentido, o caso de Santa Cruz, na Califórnia, apresenta um carácter singular que o diferencia completamente daquilo que viria a encontrar nos meus dois outros contextos de pesquisa e que constitui a norma de muitos outros países europeus. Nesta pequena cidade californiana, o carácter privado da prestação de cuidados biomédicos, que os torna de difícil acesso para muitos, como foi referido, associado à existência de um grande número de instituições que prestam cuidados de MTC, levou à situação, invulgar nos países europeus, de que o recurso à MTC se revelasse economicamente mais viável do que o recurso à Biomedicina. Neste lugar, os tratamentos de acupuntura, prestados a baixos custos por algumas instituições de ensino ou em regime de voluntariado por alguma ONG, assumem-se como uma alternativa à Biomedicina, num sentido que é pouco frequente noutros contextos. No entanto, as práticas de promoção da saúde e do bem-estar como o Tai Chi ou o Chi Kung (uma das valências terapêuticas da MTC que mais estimula o desenvolvimento de uma postura ativa do paciente idoso sobre a sua saúde), continuam a ser de difícil acesso para os idosos mais carenciados, mesmo em Santa Cruz. E é, mais uma vez, apenas devido a programas de voluntariado que se consegue contornar essa desigualdade no acesso a estas práticas que, se nem sempre tratam as doenças, revelam-se importantes na promoção da saúde do bem-estar na velhice.

Consequentemente, observa-se que os movimentos dos consumidores, movendo as suas críticas à Biomedicina, apesar de terem contribuído para transformações significativas dentro desta (cf. Goldner, 2004), não resolveram a crise da Biomedicina que passava pelo aumento do número de pacientes arredados dos cuidados biomédicos, por constrangimentos económicos. Pois, de facto, no meu entender, este fim da “era dourada” da Biomedicina nos EUA (cf. Turner, 2004) só poderia ser travado por uma correção das desigualdades socioeconómicas, algo que extravasa largamente o campo dos comportamentos individuais. E na medida em que o recurso à MTC, nalguns casos, tenha servido como alternativa económica mais viável para os idosos mais carenciados, apesar da importância social dos serviços prestados, não posso deixar de considerar a possibilidade da sua “instrumentalização”, através da sua regulamentação legal,

estratégica para um Estado que não quer assumir mais responsabilidades na garantia da prestação destes cuidados de saúde⁷⁴.

Assim, a partir da análise do caso norte-americano, julgo que podemos retirar importantes conclusões que nos ajudem a refletir sobre a regulamentação da MTC em Portugal, atualmente em curso. Se a regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais em Portugal provocou, entre alguns terapeutas de MTC, a esperança da integração da sua prática clínica no Serviço Nacional de Saúde, ou da comparticipação estatal da prestação deste serviço, na verdade, a regulamentação da MTC poderá servir a sua utilização com um propósito inadvertido, em sentido contrário às expectativas dos terapeutas: com a sua ênfase na responsabilidade individual no que respeita à adoção de estilos de vida saudáveis que permitam promover a saúde e prevenir a doença, aliada à sua eficácia no alívio dos sintomas relacionados com diferentes patologias crónicas, a MTC poderá constitui-se como uma ferramenta ideal para a criação da “cultura do envelhecimento ativo”, apregoada pelo Parlamento Europeu, participando, eventualmente, numa redefinição das funções sociais dos Estados europeus. Neste sentido, os dias do eventual crescimento do recurso à MTC legalmente regulamentada poderão ser os dias da redução das prestações sociais do Estado.

Esta redução, no que toca às prestações sociais para com os mais idosos, deverá assentar na retórica da responsabilidade individual perante a saúde, para a qual o paradigma do Envelhecimento Ativo foi adaptado na UE e, sobretudo pela OCDE, desviando-se dos propósitos da OMS: pois, na verdade, ao lado da responsabilidade individual perante a saúde, o paradigma do Envelhecimento Ativo, de acordo com a definição da OMS, valoriza a segurança socioeconómica dos mais idosos, tendo em conta os fatores sociais determinantes da saúde.

⁷⁴ É, precisamente, a partir do caso norte-americano que melhor podemos constatar como a emergência das MAC, a sua implantação social e, eventual, regulamentação legal, deve ser pensada, também, em função das relações entre o Estado e o mercado, no âmbito do pano ideológico, político, social e económico de fundo. No mesmo sentido, foi, também, observado como, no caso do serviço nacional de saúde do Reino Unido - trazendo, pois, a discussão da regulamentação legal das MAC do caso norte-americano para o âmbito dos países da EU - o recente revivalismo das medicinas alternativas coincidiu com mudanças na forma como o Estado Britânico organiza o seu papel na providência de prestações sociais, reduzindo a esfera da intervenção pública (Cant et. al, 1999).

Apesar de toda a investigação que aponta os fatores sociais e económicos como as causas fundamentais das diferenças individuais em termos de saúde, e da ausência de investigação que comprove a relevância dos estilos de vida como a principal causa das patologias, ou pelo menos como única causa, sem ser tomada em conjunto com modelos de explicação bioquímica, relacionada com agentes patogénicos externos, ou com fatores genéticos e psicológicos (Hansen et al., 2006), ou com os fatores socioeconómicos que limitam à partida a adoção de estilos de vida saudáveis (Marmot et al. 2006), continua a escapar a alguns terapeutas de MTC, por vezes, este questionamento crítico da sua ênfase na promoção dos estilos de vida saudáveis.

No entanto, pelo contrário, as entrevistas que pude realizar com aqueles terapeutas de MTC que tratam pacientes em diferente situação socioeconómica evidenciam a sua profunda consciência da importância dos fatores sociais determinantes da saúde, sobretudo, da forma como limitam a possibilidade de adesão dos pacientes às suas tentativas de promoção de um estilo de vida saudável.

A este respeito as entrevistas realizadas com os médicos-acupuntores no Brasil foram extremamente reveladoras. A pesquisa desenvolvida no Brasil permitiu que a minha investigação, especialmente concentrada no recurso da população idosa à MTC, passasse a ser, simultaneamente, uma investigação sobre o recurso da população idosa à Biomedicina, ou, mais precisamente, sobre o recurso da população idosa ao que resulta do encontro entre estes dois “sistemas médicos”⁷⁵. Num contexto marcado por fortes desigualdades socioeconómicas, a pesquisa realizada junto dos médicos-acupuntores que tratam os seus pacientes idosos de baixa condição socioeconómica no SUS brasileiro, assim como, nalgumas das principais favelas da cidade, permitiu revelar, claramente, a “função social da acupuntura”: desprovidos de capital económico e de capital cultural, essenciais para a participação ativa na sociedade e para o recurso a diferentes alternativas terapêuticas, os tratamentos de acupuntura no SUS e em regime de voluntariado nas favelas, revelam-se como um dos raros espaços sociais que estes pacientes têm para serem ouvidos a respeito dos seus problemas psicológicos e

⁷⁵ Do muito que poderia dizer a respeito das potencialidades, limitações e desafios colocados pelas conciliação destes diferentes saberes médicos, tal qual como pude apreender a partir dos meus interlocutores, optei, na minha dissertação, por me focar naquilo que de mais relevante me trouxe a pesquisa realizada no contexto de profundas assimetrias sociais e económicas que caracteriza a cidade do Rio de Janeiro: uma reflexão crítica da importância dos fatores sociais determinantes da saúde na velhice.

emocionais que, quase sempre relacionados com o entorno social, subjazem, na maioria dos casos, os problemas físicos, expressos através do idioma das “dores”.

Foi, também, um contexto de desigualdades socioeconómicas crescentes o que encontrei em Portugal, e, mais especificamente, na área metropolitana de Lisboa, durante a realização da minha investigação, de 2010 a 2014. À crise económica, declarada em 2011, no momento em que Portugal pede um resgate financeiro internacional, seguiram-se as consequências sociais que afetam grande parte da população portuguesa e, em boa medida, os mais idosos.

Se o aumento da taxa de desemprego a que se assistiu em Portugal, nos últimos anos, afeta a maioria dos idosos apenas indiretamente, pela enorme preocupação que lhes suscita em relação à situação dos seus familiares, para cujo sustento, em muitos casos, passaram a ter uma contribuição ativa e determinante, a observação do caso dos idosos que recorrem ao Projeto Alternativo de Saúde (PAS), em Almeirim, permitiu-me constatar a necessidade dos idosos mais carenciados em continuarem a trabalhar para lá da idade da aposentação, tendo em conta os baixos valores das suas pensões. No caso de muitos destes idosos, que constituem a maioria dos pacientes que recorrem ao PAS, a continuação na atividade laboral é a causa principal das suas patologias, que os terapeutas de MTC procuram tratar, em regime de voluntariado. Para estes terapeutas de MTC, a eficácia dos tratamentos é medida através da observação do número de pacientes idosos que conseguiu prosseguir com a sua atividade laboral, apesar da sintomatologia física.

Tal como acontecia em Almeirim, os tratamentos de acupuntura em regime de voluntariado ou a baixos custos prestados em algumas Juntas de Freguesia de Lisboa constituíram *locus* privilegiados de análise dos impactos da crise económica sobre a saúde dos mais idosos. Da mesma forma que acontece em Almeirim, também nestas Juntas de Freguesia, a população idosa constitui a maioria dos pacientes, ao contrário do que tendencialmente acontece nos consultórios privados, frequentados, sobretudo, por pessoas de meia-idade. No meu entender, de acordo com a análise dos dados recolhidos, a inversão desta tendência dominante, pela qual a população idosa passa a constituir a maioria dos pacientes que recorre a estes tratamentos de acupuntura deve-se a três motivos principais:

- a gratuidade/baixos custos dos tratamentos prestados permite o seu recurso por parte desta uma população que apresenta, em muitos casos, um baixo nível de capital económico;

- a relação de confiança estabelecida entre paciente e terapeuta, a partir da qual os tratamentos de acupuntura promovidos pelas Juntas constituem-se como um espaço importante, sobretudo para os pacientes mais carenciados, onde podem ser ouvidos a respeito dos seus problemas emocionais e psicológicos, na maioria dos casos, relacionados com o contexto social, e que, muitas vezes, subjazem a patologia física – a “função social” da acupuntura;

- a descrição dos efeitos benéficos da acupuntura pelos vizinhos fregueses, convence os menos conhecedores, ou até os mais céticos, a experimentarem, sendo que o recurso à acupuntura nestes locais representa um importante momento de confraternização - o que permite um incremento do nível de capital social – com consequências benéficas sobre a saúde desta população idosa.

Apesar de limitadas pelos constrangimentos sociais e económicos que afligem uma grande parte da população idosa que recorre aos tratamentos de acupuntura nestas Juntas de Freguesia, as tentativas dos acupuntadores no sentido da promoção dos estilos de vida saudáveis são coadjuvadas, apesar de tudo, pelos dois últimos aspetos, que são dominantes neste tipo de acupuntura praticada: por um lado, a relação de afeto e de confiança desenvolvida com os terapeutas de MTC e, por outro lado, o intenso convívio gerado entre pacientes (que leva a que o termo “acupuntura comunitária” seja, verdadeiramente, apropriado ao tipo de tratamentos prestados nestes locais).

Apesar do enorme valor social dos cuidados prestados pelos profissionais de MTC, a análise do caso de Santa Cruz e, também, do caso do Rio de Janeiro permitiu-me desenvolver um olhar crítico a respeito do papel social da MTC no atual contexto de crise socioeconómica que assola a realidade portuguesa e de outros países europeus. Pois, como disse anteriormente, a regulamentação legal da MTC, entre outras TNC, deve ser pensada no quadro alargado das relações entre o Estado e a sociedade no seu conjunto. Sendo certo que noção de promoção de saúde desenvolvida pela OMS, na sua Carta de Ottawa, apontava para um envolvimento de toda a sociedade e não apenas um acréscimo da responsabilidade individual, traduzindo, ao mesmo tempo que reforçando,

as aspirações públicas por uma nova forma de saúde pública, julgo, no entanto, que os movimentos pela promoção da saúde, através da sua ênfase na educação para a saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis, obtiveram resultados em sentido diametralmente oposto: quanto mais era acentuada a responsabilidade individual, mais se assistia a uma correlata redução do papel do Estado na saúde individual.

Pelo contrário, parece-me, de facto, que o paradigma do Envelhecimento Ativo, tal qual foi elaborado pela OMS, tendo a sua origem na investigação gerontológica em torno do envelhecimento bem-sucedido, com a sua ênfase no comportamento individual (Rowe et al., 1997), mas destacando, igualmente, a relevância de diversos fatores sociais determinantes da saúde, procura, efetivamente, ser a súpula completa destes dois tipos de abordagem à saúde da população idosa. Assim, julgo que é a localização dos decisores políticos em apenas uma destas duas abordagens propostas que pode revelar-se problemática: a primeira, com o seu ênfase exclusivo na responsabilidade individual, podendo conduzir à culpabilização do paciente idoso pelas suas próprias doenças e, no limite, à sonegação dos cuidados médicos devidos; a segunda, com o seu ênfase preferencial em fatores estruturais, sociais e económicos, podendo descurar a importância de estimular-se a responsabilidade da população idosa sobre a sua saúde, relegando-a a uma posição passiva e dependente e correndo o risco de sustentar uma prestação meramente assistencialista dos cuidados de saúde⁷⁶.

De tudo o que foi dito, parece-me que a forma da UE enfrentar o problema social do envelhecimento demográfico, saindo da encruzilhada em que se encontra, passa por defender um modelo social que garanta uma redução das desigualdades sociais e económicas que, em países como Portugal, têm vindo a crescer nos anos recentes. Pois, de facto, como mostra a investigação em torno dos fatores sociais

⁷⁶ Ora, o ênfase praticamente exclusivo na importância da responsabilidade individual na aceção de envelhecimento ativo da OCDE, tal como foi analisado, constitui, precisamente, um exemplo dessa localização desequilibrada em apenas um dos polos da questão. Por seu lado, a conceção de envelhecimento ativo da UE parece estar a meio caminho entre a definição proposta pela OMS e a que é proposta pela OCDE. No entanto, é preciso notar que, situando-se neste meio caminho, a UE está já desequilibrada para o lado de uma ênfase excessiva na questão da responsabilidade individual, uma vez que, a definição da OMS, longe de colocar toda a responsabilidade na sociedade, é, das três instituições internacionais, a que melhor procura, efetivamente, um meio-termo, defendendo, também, a promoção da responsabilidade individual, tendo em conta a investigação em torno da importância do comportamento individual no envelhecimento bem-sucedido, mas também, a importância dos fatores sociais determinantes da saúde (cf. capítulo 8).

determinantes da saúde, sociedades menos desiguais, são sociedades mais saudáveis (Wilkinson, 1996). Além disso, os países europeus devem adotar uma concepção de atividade que procure ir além da participação na esfera laboral, tal como foi proposto pela OMS, e ao contrário da definição que vai ganhando força no modelo de Envelhecimento Ativo proposto pela UE. É que não só uma grande parte dos Europeus reconhece já hoje em dia uma participação ativa dos seus idosos – sobretudo ao nível da sua contribuição, económica e não só, dentro do agregado familiar – como a investigação de diferentes áreas tem vindo a mostrar que o mais importante para a saúde dos idosos não é fazerem atividades só pelo facto de estarem ativos, mas, sobretudo, pelo facto de poderem fazer as atividades de que gostam, mantendo a autonomia e o controlo sobre a suas vidas (Marmot, 2004). Até porque, para muitos idosos, como consequência dos limites impostos pela idade, mesmo considerando os avanços da Biomedicina e da Gerontologia, o desenvolvimento de vários tipos de atividade torna-se realmente impossível (Baltes et al., 2003), apesar de todos os esforços de promoção de uma “cultura do envelhecimento ativo”.

Por último, tendo em conta tudo o que foi dito anteriormente, observa-se que a presente dissertação concentrou-se na análise de processos sociais que, longe de encerrados, deverão merecer investigação aprofundada no futuro, por parte da Antropologia, como de outras ciências sociais, e por todos aqueles que se preocupam com os temas do envelhecimento e da saúde dos mais idosos. Neste sentido, colocam-se algumas questões fundamentais para a análise vindoura.

Por um lado, tendo em conta que a regulamentação da MTC e das restantes TNC em Portugal encontra-se perto do seu fim, ainda que, até ao momento, não esteja devidamente concluída⁷⁷, será de especial interesse observar nos próximos anos, qual o fim deste processo e suas possíveis consequências para a qualidade da prática clínica da MTC e das restantes TNC? Por outro lado, que configuração assumirá a prática clínica dos médicos no âmbito da própria Biomedicina, tendo em conta a coexistência atual de modelos diversos, desde uma progressiva abertura ao Holismo e ênfase na responsabilidade individual, até à crescente afirmação da medicina baseada na

⁷⁷ À data da conclusão da presente dissertação, em Dezembro de 2014, a regulamentação legal das TNC aguardava ainda pela publicação de algumas portarias, relacionadas com o ensino superior destas práticas.

evidência? Mas, também, que caminho seguirá a Europa, aproximando-se ou distanciando-se do modelo social europeu do pós-segunda guerra mundial? E, assim, que transformações sociais e culturais irão verificar-se na sociedade portuguesa, no seu conjunto, para lidar com os desafios colocados pelo crescente envelhecimento demográfico ao nível da sustentabilidade económica e da coesão social? E, neste âmbito, que papel terá o paradigma do Envelhecimento Ativo nos próximos anos?

Sem poder avançar respostas definitivas a estas questões que, como disse, referem-se a processos sociais e culturais em aberto, na presente dissertação pretendi afirmar que a observação e análise destes diferentes aspetos deve ser feita em conjunto, porque eles estão intrinsecamente relacionados. Neste sentido, sendo que o recurso à MTC (eventualmente, potenciado pela regulamentação legal das TNC) pode constituir um contributo válido para a implementação efetiva do paradigma do Envelhecimento Ativo, nomeadamente em Portugal, a sua importância deve ser pensada, no plano social, tendo em conta as transformações recentes no âmbito da Biomedicina e na forma como os Estados europeus enfrentam o problema do envelhecimento demográfico, sem esquecer que, no plano individual, esse recurso ocorre sempre entre a responsabilidade individual e os fatores sociais determinantes da saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ABELES, R. et al. eds. 1994. *Aging and quality of life*. New York: Springer.
- ABRIC, J., 1994. *Pratiques Sociales et Représentations*. Paris: PUF.
- ACHENBAUM, W. 1978. *Old Age in the New Land: The American Experience Since 1790*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- ALMEIDA, M. 2009. *Promoção da saúde depois dos 65 anos: Elementos para uma política integrada de envelhecimento*. Tese de Doutoramento, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/4307>.
- ALSTER, K. 1989. *The Holistic Health Movement*. Tuscaloosa: The University of Alabama Press.
- AMOSS P. et al. eds. 1981. *Other ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford: Stanford University Press.
- ATCHLEY, R. 1989. «A continuity theory of normal aging». *Gerontologist*, 29:183–90.
- ARBER, S., et al. eds. 2003. *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*. Buckingham: Open University Press.
- BAER, H. et al. 1998a. «The Holistic health movement in the San Francisco Bay Area: some preliminary observations». *Social Science and Medicine*, 47, nº 10: 1495–1501.
- BAER, H. et al. 1998b. «The drive for professionalization in acupuncture: a preliminary view from the San Francisco Bay Area». *Social Science and Medicine*, 46, nº 4-5: 533-537.
- BALTES, P. et al. 2003. «New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age». *Gerontology*, 49, nº 2: 123–135.
- BALTES, P. et al. 1990. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BANDEIRA, L. 2012. «Apresentação do Projeto de Investigação: “Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: Evolução e Perspetivas”», Fundação Francisco Manuel dos Santos e Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, http://ffms.pt/upload/docs/manual-de-trabalho-dinamicas-demograficas-e-envelh_HKPOXD50b0SUiAcWIS-uEA.pdf
- BARDIN, L. 1977. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARNES, L. 2003. «The Acupuncture Wars: The Professionalizing of American Acupuncture—A View From Massachusetts». *Medical Anthropology*, nº 22:261–301.
- BARNES, L. 1998. «The Psychologising of Chinese Healing Practices in the United States». *Culture, Medicine and Psychiatry*, nº 22: 413-443.
- BARKER, J. 1990. «Between Humans and Ghosts: The Decrepit Elderly in a Polynesian Society». In *The Cultural Context of Aging*, ed. Jay Sokolovsky, New York: Bergin and Garvey Publishers.
- BASTOS, 2002. *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- BECKER, G. et al. 1995. «Managing an Uncertain Illness Trajectory in Old Age: Patients' and Physicians' Views of Stroke». *Medical Anthropology Quarterly*, 9, nº. 2: 165-187.

- BECKER, G. 1997. *Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley: University of California Press.
- BENDELOW, G. 2009. *Health, Emotion and the Body*. Cambridge: Polity Press.
- BENTO, O. s.d. «Alimentos Funcionais - um mercado em expansão?». Universidade de Évora, http://www.ela.uevora.pt/download/ELA_politicas_tecnologias_03.pdf
- BERKMAN, L. *et al.* 1992. «Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly». *Annals of Internal Medicine*, nº 117: 1003-1009.
- BONVIN, J. *et al.* 2005. «L'activation et son potentiel subversion de L'État Social». In *L'État Social Actif. Vers un changement de paradigme?*, org. Isabelle Cassiers *et al.*, Bruxelles: P.I.E., 63-92.
- BOURDIEU, P. 2002. *Esboço de uma Teoria da Prática. Precedido de três estudos de Etnologia Cabila*. Lisboa: Celta.
- BOURDIEU, P. 1997. *Méditations Pascaliennes*. Paris: Éditions du Seuil.
- BOURDIEU, P. 1986. «The forms of capital». In *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, ed. J. Richardson, New York: Greenwood, 241-258.
- BOURDIEU, P. 1980. *Le Sens Pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- BOURDIEU, *et al.* 1992. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Great Britain: Polity Press.
- BOYER, R. 2005. «Changement d'époque... mais diversité persistante des systèmes de protection sociale». In *L'État Social Actif. Vers un changement de paradigme?*, org. Isabelle Cassiers *et al.*, Bruxelles: P.I.E., 33-62.
- BURNAY, N. 2005 «D'une politique de réduction du chômage à une politique du vieillissement actif". In *L'État Social Actif. Vers un changement de paradigme?*, org. Isabelle Cassiers *et al.*, Bruxelles: P.I.E., 209-232.
- BUTLER, R. 1969. «Age-ism: Another form of bigotry». *The Gerontologist*, nº 9: 243-246.
- Cabral, M. *et al.* 2013. *O Envelhecimento Activo em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cabral, M. *et al.* 2011. *Seniores de Lisboa: Capital Social e Qualidade de Vida*. Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, http://www.ienvelhecimento.ul.pt/images/stories/Relatorios/Seniores_Lisboa_final_online_01032012.pdf
- CAMERON, O. 1996. «Depression increases post-MI mortality: how?». *Psychosomatic Medicine*, nº 58: 111-112.
- CANGUILHEM, G. 1978. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CANT, S. *et al.* 1999. *A New Medical Pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. New York: Routledge.
- CLIMO, J. 1992. «The Role of anthropology in gerontology –theory». *Journal of Aging Studies*, 6, nº 1: 41-55.
- CARNEIRO, R. coord. 2012. *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Relatório Final*. CEPCEP da Universidade Católica Portuguesa, http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

- CASSIERS, I. *et al.* org. 2005. *L'État Social Actif. Vers un changement de paradigme?*. Bruxelles: P.I.E.
- CARDOSO, A. 2012. *A Sociedade Portuguesa de Naturalogia e o Naturismo em Portugal*. Lisboa: SPN.
- CHARON, R. 2006. *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- CHEN, N. 2003. *Breathing Spaces. Qigong, Psychiatry and Healing in China*. New York: Columbia University Press.
- CIRILO, H. *et al.* 2005. *Livro Dourado de Chi Kung*. São Paulo: Editora Roca.
- CLARK, M. *et al.* 1967. *Culture and Aging: An anthropological Study of older Americans*. Springfield, IL.: Charles C. Thomas.
- CLIFFORD, J. *et al.* eds. 1986. *Writing Culture. The poetics and politics of Ethnography*. California: University of California Press.
- COCHRANE, A. 1972. *Effectiveness & Efficiency: Random Reflections on Health Services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust,
http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness_and_Efficiency.pdf.
- COHEN, L. 1998. *No Aging in India. Alzheimer's, the Bad Family and Other Modern Things*. California: University of California Press.
- CONRAD, P. 1994. «Wellness as virtue: Morality and the pursuit of health». *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 18: 385–401.
- COULTER, I. 2004. «Integration and paradigm clash: the practical difficulties of integrative medicine» in *The Mainstreaming of complementary and Alternative Medicine*, eds. Philip Tovey *et al.*, London and New York: Routledge.
- COWARD, R. 1989. *The Whole Truth: the myth of alternative health*. London: Faber and Faber.
- CUNHA, A. 2013. *António Guterres ? Os Segredos do Poder*. Lisboa: Alêtheia editores.
- COWGILL, D. *et al.* 1972. *Aging and Modernization*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- CLIFFORD, J. *et al.* eds., 1986. *Writing Culture. The poetics and politics of Ethnography*. California: University of California Press.
- CUMMING, E. *et al.* 1961. *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- CRAWFORD, R. 1980, «Healthism and the Medicalization of Everyday Life». *International Journal of Health Services*, 10, nº 3: 365-388.
- CROIZIER, R. 1976. «The ideology of Medical Revivalism in Modern China». In *Asian Medical Systems: a comparative Study*, ed. Charles Leslie, California: University of California Press.
- DEBERT, G. 1999. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp.
- DEPP, C. *et al.* 2010. «Successful Aging: Focus on Cognitive and Emotional Health». *Annual Review of Clinical Psychology*, 6:527–50.

- DOISE, W. *et al.* 1986. *L'étude des Représentations Sociales*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé: S.A.
- DOWD, J. 1975. «Aging as Exchange: A preface to theory». *Journal of Gerontology*, 39, n° 2: 102-108.
- DUARTE, L. 1986. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- DUMAZEDIER, J. 1974. «Loisir et troisième âge». In *Sociologie empirique du loisir*, org. J. Dumazedier, Paris: Seuil.
- DUNN, F. 1976. «Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems». In *Asian Medical Systems: a comparative Study*, ed. Charles Leslie, California: University of California Press.
- EGEDE *et al.* 2002. «The Prevalence and Pattern of Complementary and Alternative Medicine Use in Individuals With Diabetes». *Diabetes Care*, 25., n° 2: 324-329.
- EISENSTADT, S. 2007. *Múltiplas Modernidades – Ensaios*. Lisboa: Livros Horizonte.
- ELIAS, N. 1978. *The Civilizing Process*. New York: Urizen Books.
- EKERDT, D. 1986. «The busy ethic: moral continuity between work and retirement». *The Gerontologist*, 26: 239-244.
- ERIKSON E. 1959. «Identity and the life cycle». *Psychol. Issues*, 1:18–164.
- ESTANQUE, E., 2012. *A Classe Média: Ascensão e Declínio*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- FARINATTI, P. 2002. «Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico». *Rev. Bras. Med. Esporte*, 8, n° 4: 129-138.
- FARQUHAR, J. 1994. *Knowing Practice. The clinical encounter of Chinese Medicine*. USA: West View Press.
- FARMER, P. 1992. *Aids and Accusation. Haiti and The Geography of Blame*, California: University of California Press.
1990. «Sending Sickness: Sorcery, Politics, and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti». *Medical Anthropology Quarterly* 4, n° 1: 6-27.
1988. «Bad Blood, Spoiled Milk: Bodily Fluids as Moral Barometers in Rural Haiti». *American Ethnologist* 15, n° 1: 62-83.
- FARRELL, S. 2003. «Tai Chi Use and the Elderly» in *Alternative Medicine for the Elderly*, eds. P. Cherniack *et al.* Berlin: Springer.
- FISHER, B. 1995. «Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life». *International Journal of Aging and Human Development*, 41, n° 3: 239–250.
- FONER, N. 1984. *Ages in Conflict: a Cross-Cultural perspective on Inequality Between Old and Young*. New York: Columbia University Press.
- FORDE, O. 1998. «Is imposing risk awareness cultural imperialism?». *Social Science and Medicine*, 47, n° 9: 1155–1159.

FORTES, M. 1984. *Oedipus and Job in West African Religion (Cambridge Studies in Social and Cultural Anthropology)*. Cambridge: Cambridge University Press.

FOUCAULT, M. 1990. *The history of sexuality: the care of the self*, vol. 3, Harmondsworth: Penguin.

FOUCAULT, M. 1973. *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.

FRANCO, L. 2010. *O processo de institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares. O caso da Acupuntura em Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia, na especialidade de Sociologia do Desenvolvimento e da Mudança Social. F.C.S.H., Universidade Nova de Lisboa.

FRANKENBURG, R., 1993. «Risk: Anthropological and epidemiological narratives of prevention». In *Knowledge, power, and practice: The anthropology of medicine and everyday life*, eds. S. Lindembaum *et al.* Berkeley: University of California Press, 219–242.

FRAZER, J. 2009 [1935]. *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*. New York: Cosimo.

FRY, C. ed. 1980. *Aging in Culture and Society*. South Hadley, MA: Bergin and Garvey.

GARFEIN, A. *et al.* 1995. «Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old» *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B: 77-87.

GEERTZ, C. 1989 [1973]. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC Editora.

GIDDENS, A. 1998. *The Third Way*. Cambridge: Polity Press.

GLASER, B. *et al.* 2009 [1967]). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. USA: Aldine Transaction.

GOLDNER, M., 2004. «Consumption as activism: an examination of CAM as part of the consumer movement in health» in *The Mainstreaming of complementary and Alternative Medicine*, eds. Philip Tovey *et al.* London and New York: Routledge, 11-25.

GOLDSMITH, M. 1999. «2020 Vision: NIH Heads Foresee the Future». *Journal of the American Medical Association*, 282: 2287-90.

GOLDSTEIN, M., 2000. «The culture of fitness and the growth of CAM». In *Complementary and alternative medicine: Challenge and change*, eds. Kelner *et al.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 27–38.

GOOD, B. 1994. *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

GOODY, Jack, 1982. *Death, property and the ancestors; a study of the mortuary customs of the LoDagaa of West Africa*. Stanford: Stanford University Press.

GREENHALGH, T. *et al.* eds. 1998. *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.

GROISMAN, D. 2002. «A velhice, entre o normal e o patológico». *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, 9, nº 1: 61-78.

GRZYWACZ, J. *et al.* 2007. «Age, Ethnicity, and Use of Complementary and Alternative Medicine in Health Self- Management». *Journal of Health and Social Behavior*, 48, nº 1: 84-98.

- GUILLEMARD, A. 1986. *Le déclin du social: formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris: PUF.
- GUMP, B. *et al.* 2001. «Illness Representations According to Age and Effects on Health Behaviors Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery». *Journal of the American Geriatric Society*, 49: 284-89.
- HALL, S. 2007. «The Hippies: an American “moment”» in *CCCS Selected Working Papers, Volume 2*, ed. A. Gray, New York: Routledge.
- HAIDT, J. 2006. *A Conquista da Felicidade. Os contributos da Sabedoria Antiga e da Ciência Moderna*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- HANSEN, E. *et al.* 2006. *Lifestyle in Medicine. Critical Studies in Health and Medicine*. London: Routledge.
- HARRIS, D. 2007. *The Sociology of Aging*. USA: Rowman and Littlefield Publishers.
- HAZZARD, W. 1995. «Weight control and exercise: Cardinal features of successful preventive gerontology». *Journal of the American Medical Association*, 274, 1964-1965.
- HOCHSCHILD, A., 1973. *The Unexpected Community: Portrait of an Old Age Subculture*. Berkeley: University of California Press.
- HSU, E. 1996. «Innovations in Acumoxa: Acupuncture Analgesia, Scalp and Ear Acupuncture in the People's Republic of China.» *Social Science and Medicine*, 42, n° 3: 421-439.
- HUGHES, K., 2004. «Health as individual responsibility: possibilities and personal struggle» in *The Mainstreaming of complementary and Alternative Medicine*, eds. Philip Tovey *et al.* London and New York: Routledge, 25-46.
- IKELS, C. *et al.* 1995. «Comparative perspectives on successful aging”. In *Promoting successful and productive aging*, ed. L. Bond *et al.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 303-323.
- ILLICH, I. 1976. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Random House.
- JONES, T. *et al.* 2003. «Cognitive and Psychosocial Predictors of Subjective Well-Being in Urban Older Adults». *The Clinical Neuropsychologist*, 17, n° 1: 3-18.
- KAHN, R. *et al.* 1984. «Convoys of social support: A Life-Course Approach» in *Aging: Social Change*, eds. S. Kiesler *et al.* New York: Academic.
- KALACHE, A. *et al.* 2000. «The greying world: a challenge for the 21st century». *Science Progress*, 83, n° 1: 33-54.
1997. «A global strategy for healthy ageing». *World Health*, 4: 4-5.
- KAPTCHUCK, T. 1983. *Chinese Medicine: the web that has no Weaver*. London: Rider.
- KAUFMAN, S. 1986. *The Ageless Self: Sources of Meaning in Late Life*. Madison: University of Wisconsin Press.
- KEITH, J., 1982. *Old People as People: Social and Cultural Influences on Aging and Old Age*. Boston: Little Brown.
- KEITH, J. *et al.*, 1994. *The aging experience: Diversity and commonality across cultures*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

1990. «Community as context for successful aging». In *The cultural context of aging: Worldwide perspectives*, ed. J. Sokolovsky, Westport, CT: Bergin and Garvey, 245–261.

KERTZER, D. *et al.* eds. 1984. *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

KESSLER, R. *et al.* 2001. «Long-Term Trends in the Use of Complementary and Alternative Medical Therapies in the United States». *Annals of Internal Medicine*, 135: 262-68.

KLEINMAN, A. 1995. *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. California: University of California Press.

1988. *The Illness Narratives*. New York: Basic Books.

Kleinman *et al.* eds. 1997. *Social Suffering*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

KOPELMAN L. *et al.* 1981. «The Holistic Health movement: a survey and critique». *Journal of Medicine and Philosophy*, 6: 209-35.

LASLETT, P. 1991. *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. Cambridge: Harvard University Press.

LEMON, B. *et al.* 1972. «An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community». *J. Gerontol*, 27: 511–23.

LESLIE, C. ed. 1976. *Asian Medical Systems: a comparative Study*. California: University of California Press

LESLIE, C. *et al.* 1992. *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

LEVENTHAL, E. 1993. «Conservation of Energy, Uncertainty Reduction, and Swift Utilization of Medical Care among the Elderly». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48: 78-86.

LEVENTHAL, E. *et al.*, 2004. «Living with Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach». in *The Sage Handbook of Health Psychology*, eds. Stephen Sutton *et al.* Thousand Oaks, CA: Sage.

LEWIS, J. 2011. «Successful Aging Through the eyes of Alaska Native Elders. What It Means to Be an Elder in Bristol Bay, AK». *The Gerontologist*, 51, nº 4: 540–549.

LI, F. *et al.* 2012. «Tai Chi and Postural Stability in Patients with Parkinson's Disease». *New England Journal of Medicine*, 366:511-19.

LIMA, M. *et al.* 2011. «Idadismo na Europa. Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português», Relatório II, Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, <http://www.ienvelhecimento.ul.pt/images/Relatorios/relatorioidadismo2ieul.pdf>

LOCK, M., 1993. *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.

LOPES, N. org. 2010. *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*. Porto, Edições Afrontamento)

2010a. «Consumos terapêuticos e pluralismo terapêutico» in *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, org. Noémia Lopes. Porto: Edições Afrontamento, 19-85.

- LUPTON, D. 1995. *The imperative of health. Public Health and the regulated Body*. London: Sage.
- LUZ, M. 2005. «Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX». *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 145- 176.
- MALINOWSKI, B., 1984 [1922]. *Argonauts of the Western Pacific*. Illinois: Waveland Press.
- MARCUS, G. *et al.* 1986. *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- MARMOT, M. 2004. *Status Syndrome. How your social standing directly affects your health*. London: Bloomsbury.
- MARMOT, M. *et al.* eds. 2006. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- MCKEOWN, T. 1979. *The role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford: Blackwell.
- MCMUNN, A. *et al.*, 2006. “Social Determinants of Health in Older Age”. In *Social Determinants of Health*, eds. Michael Marmot *et al.* Oxford: Oxford University Press.
- MEDVEDEV, Z. 1990. «An attempt at rational classification of theories of ageing». *Biol. Rev.*, 65: 375-398.
- MENEZES, Rachel, 2004. *Em busca da boa morte. Antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz.
- MINKLER, M. 1989. «Health education, health promotion and the open society: a historical perspective». *Health Educ Q*, 16, nº1:17-29.
- MOREIRA, J. 2012. «Envelhecimento Ativo». *Rediteia: revista de política social*, 45.
- MOSCOVICI, S. *et al.* 2000. *Social Representations. Explorations in Social Psychology*. U.K.: Polity Press.
- MOTA, M. *et al.* 2004. «Teorias biológicas do envelhecimento». *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4, nº 1: 81-110.
- MURDOCK, G., 1967. “Ethnographic Atlas: a Summary” in *Ethnology*, 6, nº 2.
- MYERHOFF, B. *et al.* eds.1978. *Life’s Career – Aging: Cultural Variations on Growing Old*. Beverly Hills, CA: Sage.
- MYERHOFF, B. 1992. *Remembered Lives: the work of ritual, storytelling, and growing older*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- MYKYTYN, C., 2006. «Anti-aging medicine: A patient/practitioner movement to redefine aging». *Social Science and Medicine*, 62, 643-653.
2008. «Medicalizing the optimal: Anti-aging medicine and the quandary of intervention». *Journal of Aging Studies*, 22: 313-321.
- NERI, A. org. 2007. *Qualidade de vida e Idade Madura*. São Paulo: Papirus.
- NEUGARTEN, B. 1974. «Age groups in American society and the rise of the young-old». *Ann Am Acad Polit Soc Sci*, 9:187-198.

- O' Brien, K. *et al.* 2003. «The Theoretical Framework of Chinese Medicine». In *A comprehensive guide to Chinese medicine*, eds. P. Leung *et al.* Singapore: World Scientific Publishing.
- Oliveira, D. 2005. «A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação». *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13, nº 3:423-31.
- OLSON, P., 1990. «The Elderly in the People's Republic of China». In *The cultural context of aging: Worldwide perspectives*, ed. J. Sokolovsky, Westport, CT: Bergin and Garvey.
- OMS [WHO], 2013. *Traditional Medicine Strategy, 2014-2023*.
2004. *Active Ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care*.
2002. *Active Ageing. A Policy Framework*.
- 2002a. *Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons*.
- 2002b. *Traditional Medicine Strategy, 2002-2005*.
2001. *Traditional Medicine in Asia*.
1999. *Ageing. Exploding the Myths*.
1998. *Social Determinants of Health: the solid facts*.
- 1998a. *The role of physical activity in healthy ageing*.
1986. *The Ottawa Charter for Health*.
- PALMORE, E. *et al.* 1974. «Modernization and the Status of the Aged: International Correlations». *Journal of Gerontology*, 29, 205-210.
- PEEL, N. *et al.* 2005. «Behavioral determinants of healthy aging». *Am. J. Prev. Med*, 28:298–304.
- PEGADO, E. 2010. «Consumos Terapêuticos e Investimentos de Saúde» in *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, org. Noémia Lopes. Porto, Edições Afrontamento.
- PEIXOTO, C., 2004. «Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar». In *Família e envelhecimento*, org. Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: Editora FGV, 57-84.
- PHELAN, E. *et al.* 2002. «“Successful aging”—where next?» *J. Am. Geriatr. Soc.*, 50:1306–8.
- PRUCHNO, R. *et al.*, 2010. «Successful Aging: Early Influences and Contemporary Characteristics». *The Gerontologist*, 50, No. 6, 821–833.
- QUINTELA, M. 2008. *Águas que curam, Águas que “energizam”: Etnografia da prática terapêutica termal na Sulfúrea (Portugal) e nas Caldas da Imperatriz (Brasil)*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Especialidade de Antropologia Social e Cultural, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- RAGIN, C., 1987. *The comparative Method. Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- ROBARD, I., 2002. *Médecines Non-conventionnelles et Droit*. Paris: Ed. Juris-Classeur.

RODRIGUES, C. *et al.* 2013. «The Age-Old Problem of Old Age Poverty in Portugal», ISEG da Universidade de Lisboa,

https://aquila5.iseg.ulisboa.pt/aquila/getFile.do?method=getFile&fileId=418505&contentContextPath_PA TH=/departamentos/ec/lateral/menu-working-papers/nova-serie/2013& request_checksum =6430b079e9bbae330d95b126c5f7e9ba3c5a6a74

RADCLIFFE-BROWN, 1929. «Notes on Totemism in Eastern Australia». *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 59: 399-415.

ROSA, M. 2012. *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

ROSA, M., 1993. «O desafio social do envelhecimento demográfico». *Análise Social*, vol. xxviii, nº122: 679-689.

ROWE, J. *et al.* 1987. «Human aging: usual and successful». *Science*, 237:143-49.

1997. «Successful aging». *Gerontologist*, 37:433-40.

RYFF, C. 1982. «Successful aging: a developmental approach». *Gerontologist*, 22:209-14.

SACKETT, D. *et al.* 1997. *Evidence-based Medicine*. London: Churchill Livingstone.

1996. «Evidence-based medicine: what it is and what it isn't». *British Medical Journal* 312: 71-2.

SAKS, M. ed. 1992. *Alternative Medicine in Britain*. Oxford, Clarendon Press.

SANKAR, A.1984. «“It's just Old Age”: Old Age as a Diagnosis in American and Chinese Medicine» in *Age and Anthropological Theory*, eds. Jennie Keith *et al.* Ithaca, London: Cornell University Press.

SÃO JOSÉ, J. *et al.* 2014. «Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica». *Análise Social*, 210, XLIX, nº 1: 28-54.

SCAMBLER, G. *et al.* eds. 1998. *Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology Towards 2000*. London: Routledge.

SCHEID, V. 2002. *Chinese Medicine in Contemporary China. Plurality and Synthesis*. Durham and London: Duke University Press.

SHARMA, U. 1992. *Complementary Medicine Today: Practicioners and Patients*. London: Routledge.

SCHLANGER, N. ed. 2006. *Marcel Mauss. Techniques, Technology and Civilization*. New York: Durkheim Press, Berghahn Books.

SHILLING, C. 1993. *The body and Social Theory*. London: Sage.

SILVA, K. 2013. «Editorial». *Revista da Ordem dos Médicos*, ano 29, nº143.

SIMMONS, L. 1945. *The Role of the Aged in Primitive Society*. New Haven, Yale University Press.

SIMÕES, J. 2004. «Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública», in *Família e Envelhecimento*, org. Clarice Peixoto. Rio de Janeiro: FGV Editora, 25-56.

- SOKOLOVSKY, J. 1990. *The Cultural Context of Aging*. New York: Bergin and Garvey Publishers.
- SONTAG, S. 1978. *Illness as Metaphor*. USA: Farrar, Straus and Giroux.
- STEARNS, P. 1977. *Old Age in European Society: The case of France*. London: Croom Helm.
- STRAWBRIDGE, W. *et al*, 2002. «Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn». *The Gerontologist*, 42: 727–733.
- TATE, R. *et al.*, 2003. «Definition of Successful Aging by Elderly Canadian Males: The Manitoba Follow-Up Study». *The Gerontologist*, 43, nº. 5: 735–744.
- TEIXEIRA, I. *et al*. 2008. «Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida.». *Psicol. USP*, São Paulo, 19, nº 1: 81-94.
- TORRES, S., 1999. «A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful aging». *Ageing and Society*, 19, 33–51.
- TOWNSEND, P. *et al*. 1982. *Inequalities in Health: the Black Report*. Harmondsworth: Penguin.
- TURNER, B. 2004. «Foreword» in *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*, eds. Philip Tovey *et al*. New York: Routledge.
- TURNER, J. *et al*. 2006. «Sociological Theories of Human Emotions». *Annual Review of Sociology*, 32: 25-52.
- Tzu, L. 2009. *Tao Te Ching*. Lisboa: Planeta Editora.
- VENTURA, C. 2009. «O verão quente de 1999: o Acto médico, os deputados e o relatório». *Revista Natural Beija Flor*.
2005. «Jorge Sampaio, o Presidente que cumpriu». *Revista Natural Beija Flor*.
- VIEGAS, S. *et al*. 2007. *A Identidade na Velhice*. Porto: Ambar.
- WANG, X. ed. 1995. *Fundamentals of Traditional Chinese Medicine (Standard Textbook for Chinese Herbal Pharmacy Students)*. Shanghai, China: Shanghai Science and Technology Press.
- WAITZKIN, H. *et al*. 1994. «Narratives of Aging and Social Problems in Medical Encounters with Older Persons». *Journal of Health and Social Behavior*, 35, nº 4:322-348.
- WHITE, A. *et al*. 2008. «Defining an adequate dose of acupuncture using a neurophysiological approach – a narrative review of the literature». *Acupunct Med*, 26:111-120.
- WHITE, A. *et al*. 2009. *An Introduction to Western Medical Acupuncture*. London: Churchill Livingstone.
- WILKINSON, R. *et al*. 2003. *Social Determinants of Health: the solid facts*. OMS.
- WILKINSON, R. 1996. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London and New York: Routledge.
- WILLIS, E. *et al*. 2004. «Evidence-based medicine and CAM». In *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*, eds. Philip Tovey *et al*. New York: Routledge.

WOOTTON, J. *et al.* 2001. «Surveys of Complementary and Alternative Medicine: Part I. General Trends and Demographic Groups». *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, n.º. 2: 195-208.

YANG, J. 1989. *The root of Chinese Chi Kung. The secrets of Chi Kung Training*. USA: Ymaa Yangs Martial Arts Association.

YIN, R. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. London: SAGE.

YOUNG, A. 1981. «When Rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5: 317-335.

ZHAN, M. 2009. *Other-Worldly. Making Chinese Medicine through Transnational Frames*. Durham and London: Duke University Press.

ZHANG, Y. *et al.* 2001. *A Brief History of Qi*. Massachusetts: Paradigm Publications.

FONTES

Comissão Europeia, 2012. «Eurobarómetro 76.2, Resultados para Portugal».

Comissão Europeia, 2011. «Technical Memorandum of Understanding», <http://aventadores.files.wordpress.com/2011/05/20110517-tmu-en.pdf> , consultado em 10-12-2014.

Discurso do primeiro-ministro, Pedro Passos Coelho, proferido a 7 de Dezembro de 2013, no Congresso da Grande Idade, celebrado em Lisboa, (<http://www.portugal.gov.pt/media/1265446/20131207%20pm%20envelhecimento.pdf>), consultado em 9-10-2014.

Decisão N.º. 940/2011/UE Do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro de 2011 sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações (2012).

INE, 2013. «Rendimento e Condições de Vida 2013 (Dados Provisórios)», em destaque.

INE, 2011. «Momento Censitário – 21 de março 2011», em destaque.

Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 168.

Observatório das Desigualdades, «Desigualdades como problema: que políticas?», <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=124> , consultado em 12-12-2014.

Population Reference Bureau, «Fiche de Données sur la Population Mondiale 2010».

Meios de Comunicação Social

Expresso, 19.06.2014. «58 diretores demitem-se em bloco no Hospital de São João. Administração solidária», <http://expresso.sapo.pt/58-diretores-demitem-se-em-bloco-no-hospital-de-sao-joao-administracao-solidaria=f876726#ixzz374vRaaZR>, acesso em 15-07-2014).

Jornal de Negócios, 11.04.2012. «Paulo Macedo: "A sustentabilidade do SNS não está minimamente assegurada"», http://www.jornaldenegocios.pt/home.php?template=SHOWNEWS_V2&id=550395 , acesso em 12-04-2012).

O Globo, 22.01.13. «Ministro japonês de 72 anos diz que idosos devem se ‘apressar e morrer’», <http://oglobo.globo.com/mundo/ministro-japones-de-72-anos-diz-que-idosos-devem-se-apressar-morrer-7365724#ixzz30Mm6vVWo>), acesso em 22-01-13.

Público, 13.01.2014. «Falácias e mentiras sobre pensões», António Bagão Félix, <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/falacias-e-mentiras-sobre-pensoes-1619400> , acesso em 13/01/2014.

Público, 16.12.2012. «Passos diz que pensionistas "estão a receber mais do que descontaram"», <http://www.publico.pt/politica/noticia/passos-diz-que-pensionistas-nao-descontaram-para-terem-pensoes-tao-elevadas-1577641> , acesso em 20.12.2012.

Público, 29.01.2012. «Classe média está em risco de “implosão”», <http://www.publico.pt/Sociedade/classe-media-esta-em-risco-de-implosao-1531281?all=1>, acesso em 29-01-2012).

Rádio Renascença, 11.04.2012. « "Fim do Serviço Nacional de Saúde é a morte dos mais carenciados"», http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=31&did=58060, acesso em 20-04-2012.

Rádio Renascença, 12.04.2012. « “Pai” do SNS pede demissão do ministro da Saúde», http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=31&did=58033 , acesso em 12-04-2012).